22500153259

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS

(JOURNAL DE MÉDECINE ET JOURNAL DE CHIRURGIE RÉUNIS)

Sous la Direction de M. MALGAIGNE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Tome Douzième.

On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL, CHEZ PAUL DUPONT, ÉDITEUR,

Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

1852

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS

(JOURNAL DE MÉDECINE ET JOURNAL DE CHIRURGIE RÉUNIS)

Sous la Direction de M. MALGAIGNE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Tome Douzième.

On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL, CHEZ PAUL DUPONT, ÉDITEUR,

Rue de Grenelle-Saint-Honoré 45.

1852

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

JUILLET 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Du traitement de la fièvre typhoïde, *par la méthode de* M. Worms ; *par* **M. Guipon**, *D. M. P., médecin militaire* (1).

Rien de plus confus que la thérapeutique des affections typhoïdes ; malgré la multitude des travaux entrepris sur ce sujet si intéressant, la plus grande incertitude règne dans les esprits. Les méthodes les plus opposées ont pu se flatter un instant de résultats assez satisfaisants, et toutes ont successivement perdu leur prestige, pour faire place au doute et à la méthode d'expectation qui en dérive.

C'est en raison de ces circonstances qu'il m'a paru convenable et utile d'exposer la méthode de traitement appliquée dans les salles de l'hôpital du Gros-Caillou, par M. Worms, avec un succès dont je n'avais pas jusqu'alors vu d'exemple. Cet honorable et savant praticien m'a, du reste, montré tant de bienveillance en m'instruisant, en maintes occasions, de l'esprit qui le dirigeait, que je crois avoir saisi et pouvoir reproduire fidèlement ses idées. Je dois dire aussi qu'étonné, au commencement, d'une manière de faire qui contrastait avec les vues résultant de mes études antérieures, j'observais avec une certaine méfiance

(1) Nous extrayons ce travail de la thèse inaugurale de l'auteur. Le traitement dont on va lire l'exposition, à part les résultats qu'on annonce, s'écarte assez sensiblement des méthodes généralement suivies pour appeler la méditation des praticiens.

et une rigueur presque exagérée, dans le but de me défendre le plus que possible de l'influence si naturelle du maître. M. Worms m'a convaincu bien moins par la logique et la saine philosophie de ses idées que par l'évidence des faits. Assurément, pas plus que lui, je ne prétends que cette méthode soit le dernier mot de la question ; mais je crois qu'elle est de beaucoup préférable à toutes celles que j'ai vu suivre et qui ont été étudiées dans les savantes monographies publiées de nos jours.

Cette méthode est très-simple à comprendre et à exposer, quand une fois on connaît les idées fondamentales sur lesquelles elle s'appuie. Nous allons essayer de les reproduire le plus fidèlement et le plus succintement possible.

Pour M. Worms, la fièvre typhoïde est le résultat et l'expression d'une altération préexistante du sang par l'action prolongée d'une des causes hygiéniques générales, et dont elle est la crise. Elle se manifeste quand cette altération progressive du sang est arrivée à un degré incompatible avec la conservation de l'économie dans cet état. Cette crise se caractérise par l'émission, à la surface ou à l'intérieur des organes, de produits perceptibles à l'œil, et dont la présence et la nature sont l'occasion de maladies souvent aussi graves que la maladie primitive.

Parmi les causes qui tendent à altérer la composition du sang et à en provoquer l'effervescence, les plus communes sont celles qui agissent de manière à vicier la digestion première, et par conséquent à rendre imparfaits les éléments de réparation ; ce sont, comme nous l'avons dit, les causes hygiéniques générales : irrégularités de température, nourriture mauvaise, insuffisante, l'épuisement résultant soit d'excès de toute nature soit d'affections tristes, etc.

Dans ces circonstances, le liquide vital est altéré graduellement dans son essence, en même temps que les fonctions et le tissu des voies digestives subissent des modifications. La maladie n'éclate qu'après un temps plus ou moins long ; mais le tube digestif est, depuis longtemps, le siége de sécrétions altérées et d'un état fluxionnaire. La scène se passe d'une manière plus manifeste à la surface du canal alimentaire : plus l'incubation aura été longue et la marche de la maladie lente, plus les altérations intestinales seront prononcées, et nous aurons la forme *exquise* de la fièvre typhoïde (1). Si, au contraire, le principe nouveau

---

(1) Il y a une élection tellement constante dans le siége de l'altération, qu'on est embarrassé au premier abord, et qu'on est tenté de localiser l'affection, ainsi que des praticiens distingués l'ont fait (*gastro-entérite, entérite folliculeuse, dothinenterie, entéro-mésentérite typhoïde, entérite typhoémique, fièvre entéro-mésentérique*) ; mais la plus simple attention suffit pour démontrer que ces altérations intestinales ne sont pas plus l'affection typhoïde que l'éruption variolique n'est la variole. Dans l'une comme dans l'autre maladie, ne voit-on pas, en effet, les symptômes précéder la lésion sensible, et revêtir un caractère de gravité assez souvent en raison inverse de l'étendue, de la quantité, si je puis dire, de la lésion ? N'a-t-

produit ou introduit dans le sang est de nature à provoquer immédiatement l'effervescence dont le but est de le neutraliser ou de l'éliminer, de deux choses doit arriver une : ou la constitution est victorieuse ou elle succombe; mais dans aucun de ces deux cas, nous ne trouverons les modifications qui dépendent seules d'une altération lente et graduée des éléments de la digestion et de la vie. Ainsi quand, dans les climats chauds et marécageux, la lutte provoquée par l'introduction des miasmes prend la forme de fièvre continue, elle passe volontiers à l'état typhoïde; mais la durée de la maladie et les caractères ordinaires sont bien moins considérables, quoiqu'ils se manifestent cependant à raison de la graduation d'action de la cause. Dans les fièvres ictérodes et la peste, le typhus pétéchial, nous n'obtenons plus que les signes qui révèlent l'influence du poison morbifique, la narcose qui est le lien et le caractère commun de toutes ces affections; mais il n'y a pas place pour les altérations de la nutrition. Aussi M. Worms est-il d'avis qu'il n'est pas un mouvement fébrile, provoqué par quelque cause que ce soit (fièvres exanthématiques ou parenchymateuses), qui ne puisse devenir une fièvre typhoïde, c'est-à-dire que par la longueur de sa durée, et par la modification qui s'opère dans le liquide sanguin (en raison même du changement qui survient dans le rhythme de la circulation), il se fait une métamorphose telle du sang, qu'il s'y produit un principe hostile et agissant à la manière des narcotiques. Le devoir du médecin est donc, à ce point de vue, de soutenir la constitution dans cette lutte, d'en calculer la véhémence, et de tendre toujours à amener à une issue favorable la fermentation qui s'est allumée. Pour cela, il devra tantôt modérer la lutte, tantôt l'exciter, ouvrir les issues à l'économie, et chercher à modifier le sang en lui ôtant ce par quoi il pèche, en lui donnant ce qui lui manque. L'état des organes particuliers ne devra que secondairement le préoccuper, et seulement en ce qu'il pourrait devenir à son tour l'obstacle principal à l'heureuse terminaison : le poumon, sous le rapport de l'hématose; l'estomac, à raison des matières qui le peuvent embarrasser, etc.

C'est sur l'état du pouls et celui de la peau, qui sont solidaires, que doit se fixer presque exclusivement son attention. Les anciens ont dit avec raison : « *Sudor sine quo nulla febris perfecte judicata nec curata* « *dici potest* » ; et ailleurs : « *adeo ut magnus et vehemens pulsus sem-* « *per animosum reddat medicum, in quocumque febricitas statu fuerit,* « *ut varia urgeant symptomata, sive maligna, sive benigna fuit febris.* » C'est, en effet, par la peau que se fait généralement la crise des fièvres, et toutes les fois qu'au lieu de rester sèche et brûlante, elle devient moite et tiède, le pronostic est favorable. Tout le but à atteindre, dans le traitement, est, d'une part, de donner ou de conserver à la fermen-

---

on pas admis des varioles sans éruption et des fièvres typhoïdes sans les plaques classiques? et c'est, pour le dire en passant, le caractère qui permet de rapprocher ces affections bien plus que celui de leurs éruptions respectives.

lation un caractère modéré et salutaire, et de tenir prête et ouverte la voie destinée à l'élimination des produits et du principe hostile.

Si la réaction est modérée de prime abord, et donne à la maladie le caractère le plus favorable : tous les efforts du médecin consistent à maintenir cet heureux état.

Si la réaction est tumultueuse et menaçante : il faut la modérer.

Si elle est nulle et insuffisante ; le système nerveux, c'est-à-dire la vie, n'en peut faire les frais : il faut venir à son secours.

Quand ces deux derniers cas se présentent, la peau est fermée à toute crise, et c'est dans les moyens qui tendent à modifier ces deux états qu'on trouve aussi ceux d'amener la peau à une température et à une disposition favorable à la crise et au développement exanthématique; mais ce résultat, on ne doit jamais chercher à l'obtenir violemment, il doit être préparé et amené insensiblement; car, autant on est sûr d'une issue favorable quand la diaphorèse (nous ne disons pas la sueur, au contraire, est nuisible, car elle résulte, en général, d'une paralysie du système nerveux ; nous voulons parler de la moiteur pure et simple de la peau), quand la diaphorèse, disons-nous, est amenée graduellement, et pour ainsi dire naturellement, autant on est sûr de troubler d'une manière défavorable le cours de la maladie quand, par un emploi intempestif des sudorifiques, on veut arriver à ce but. Les moyens propres à l'atteindre sont le repos complet, l'administration de boissons *chaudes*, très-légèrement aromatiques, et, selon les cas, l'emploi du nitrate de potasse ou de l'oxyde blanc d'antimoine associé au camphre; quelquefois, suivant l'état de la peau, des lotions sur toute l'étendue de la surface cutanée, avec un mélange d'alcool camphré et de vinaigre chauds. Le sel de nitre sera employé de préférence dans les réactions tumultueuses, franchement inflammatoires; mais il fera place à l'antimoine dès que la réaction aura perdu sa violence, soit simplement, soit par suite de l'engorgement pulmonaire, qui est un accident presque constant dans le stade moyen de la fièvre typhoïde. Dans les réactions médiocres, ou complétement opposées aux précédentes, l'administration du vin, de l'infusion d'arnica, des acides chlorhydrique et sulfurique, du camphre, des lotions avec le vinaigre et l'alcool camphré chauds.

Quant aux moyens de préparer et de maintenir un état favorable de la réaction, le premier consiste, au début de la maladie, à administrer le tartre stibié à doses vomitives, pour débarrasser la muqueuse digestive de l'enduit dont elle est toujours revêtue, et disposer la peau à la transpiration insensible; et cette précaution, prise au commencement de l'affection, avant l'arrivée de tout phénoméne grave, a l'influence la plus favorable sur tout le cours de la maladie. Le second consiste dans l'emploi du sel de quinine, continué jusqu'à cessation de tout mouvement fébrile; mais les doses du sel doivent être données en raison inverse de la gravité de la maladie : au début, et dans les réactions bien franches et véhémentes, à raison de 1 à 2 grammes en vingt-quatre

heures ; à une époque plus avancée, et en présence d'un état typhoïde développé, au plus à 1 gramme en trois ou quatre prises, avec addition de camphre. Il est clair, en effet, que tout le système nerveux, baigné d'un sang infecté, est dans un état morbide qui réclame les plus grands ménagements, et donne lieu aux phénomènes les plus fâcheux, et en première ligne au météorisme ; dans les cas graves, des doses élevées de sulfate de quinine peuvent déterminer la paralysie instantanée du système nerveux abdominal déjà si faible, ainsi que cela s'est présenté à l'observation de M. Worms.

Quant à la raison de l'emploi du sulfate de quinine d'une manière persistante, elle existe, pour ce médecin, dans la négation absolue de la fièvre continue proprement dite. Il ne voit dans celles qu'on appelle ainsi qu'une chaîne d'accès, et cette opinion est corroborée par l'examen attentif de la manière dont le plus souvent commencent et finissent les fièvres typhoïdes abandonnées à elles-mêmes : au début, frisson, mais plus souvent céphalalgie vive, nausées, accablement ; rémission plus ou moins prononcée, jusqu'à simuler parfois une fièvre intermittente franche à type régulier ; puis sensibilité au froid simplement, céphalalgie plus opiniâtre, etc. ; le tout se présentant plusieurs fois dans la journée et finissant par s'enchaîner et ne plus présenter qu'un ou deux mouvements exacerbants, le plus fort et le plus ordinaire le soir, celui qui cause cette insomnie si fréquente et si accablante des typhoïques : car ils ne manquent presque jamais de dire spontanément : « *je suis fatigué, je me sens fatigué, je ne dors plus ;* » ce n'est qu'après l'interrogation qu'ils complètent le tableau symptomatique. En analysant donc avec attention la marche de la maladie au début, on saisit aisément les accès. Combien de fois ne l'avons-nous pas constaté au Gros-Caillou, où les soldats, casernés pour ainsi dire à la porte de l'hôpital, nous arrivaient généralement dès l'invasion, alors que le diagnostic n'aurait pu se poser, sans le caractère saillant de l'épidémie régnante ! Après le développement de l'affection, qui n'a été témoin de ces redoublements, de ces accès ou de ces suraccès de certaines heures de la journée et constamment du soir ? Or, le danger, dans toute fièvre exanthématique, est surtout attaché à l'apparition des exacerbations nocturnes, que le plus grand scepticisme ne saurait nier. On donne le sulfate de quinine, et aussitôt la maladie se régularise, la fièvre diminue, tombe quelquefois presque entièrement ; les exacerbations sont nulles, la céphalalgie cesse totalement et tout de suite, ou au moins bien avant le temps de sa cessation ordinaire. Ainsi verra-t-on, dans une des observations que nous présenterons, ces symptômes diminuer et augmenter d'une manière manifeste, en correspondance avec l'ingestion et l'oubli du sulfate de quinine, que le malade prenait inexactement.

Et la conviction de l'utilité du sulfate de quinine ainsi employé est tellement grande chez M. Worms, qu'il est persuadé que sur 20 fièvres typhoïdes, au début 15 au moins peuvent être arrêtées, dans

l'espace de cinq à huit jours, par l'administration, faite à propos, de l'émétique et du sulfate de quinine; c'est ainsi qu'il procède toujours aussi dans la pratique civile. J'avoue que j'ai été longtemps avant de partager cette conviction; j'y suis arrivé en interrogeant et en observant nombre de malades, à leur entrée à l'hôpital, qui offraient tout l'appareil d'une fièvre typhoïde au début : céphalalgie depuis plusieurs jours, insomnie, brisement et accablement des membres, épistaxis, bruits des oreilles, inappétence, diarrhée légère ou constipation, pouls au-dessus de 100, figure hébétée; en outre, l'épidémie régnait. On leur donnait, et je leur prescrivais moi-même, si j'étais de garde, une potion ipéca-stibiée et le sulfate de quinine; le lendemain, ils se trouvaient mieux, avaient dormi, et plusieurs se sentaient si bien qu'ils demandaient à manger. J'en ai vu sortir ainsi plus d'une trentaine en moins de douze jours, et encore aurait-on pu les congédier plus tôt, si on n'avait voulu procurer un peu de repos et des soins à ces pauvres militaires, fatigués par la chaleur et l'exercice, exposés en outre au méphitisme et à l'humidité des baraques, où ils couchaient sur le sol. Mais ce n'étaient, dira-t-on, que des symptômes généraux d'épidémie, de constitution médicale. On l'aurait pu croire, s'il ne s'en était présenté que quelques-uns isolés et assez mal dessinés; mais quand on avait affaire à un ensemble caractérisé de symptômes, qui pouvait se refuser à admettre une fièvre typhoïde au début? Pour avoir une certitude entière, il eût fallu laisser le déroulement des symptômes s'effectuer; mais la médecine et la morale répugneront toujours à un pareil moyen de vérification. Et les grands maîtres ne sont-ils pas là, affirmant avoir arrêté des pneumonies et d'autres affections au début? Sans doute, ils ont pu se tromper; mais qui le prouvera? Quand un Sydenham et un Stoll parlent, quand nos maîtres actuels enregistrent de pareils faits, de pareilles opinions, je crois que si l'erreur ne leur est pas impossible, ils en sont plus à l'abri que leurs contradicteurs, qui décident sans avoir vu, quelles que soient leur sagacité et leurs lumières d'ailleurs. Nous partageons donc le sentiment de M. Worms; seulement, pour ne juger que d'après ce que nous avons vu, nous dirons que nous croyons que cet arrêt subit et remarquable de la marche de la maladie n'a lieu que dans les cas légers et à cause peu éloignée, ou, pour rentrer plus complétement dans sa manière de voir, dans les cas où l'altération du sang n'est pas encore très-avancée.

Une proposition sur laquelle ce médecin se fonde encore pour donner le sulfate de quinine dans cette affection est la suivante : c'est que tout paroxysme, outre qu'il est un danger par lui-même dans le moment où il existe, entraîne, par son apparition, et après qu'il a cessé, une aggravation des différentes congestions existantes, et un épuisement considérable des forces vitales. Le sulfate de quinine, prévenant l'accès paroxystique, détruit donc sa double et si fâcheuse influence sur le système nerveux, qu'il déprime de plus en plus, et sur la constitution même des organes, qu'il congestionne, altère davantage, et porte par suite à

réagir encore sur l'ensemble de l'économie, où toutes les parties sont solidaires du tout et de la partie même.

Si on a bien saisi la haute importance que M. Worms apporte, d'un côté, à gouverner la fièvre, et de l'autre, à tenir la peau ouverte, on s'explique parfaitement les motifs qui le déterminent à ne recourir jamais ni aux déplétions sanguines, ni aux purgatifs salins, ni à l'application de la glace ou de l'eau froide. De même, comme dans l'état de faiblesse, il ne voit que le résultat de la modification du sang et de son appauvrissement par un principe ou des produits qu'il importe d'éliminer, on comprend son aversion pour un traitement tonique, qu'il réprouve encore plus que le traitement antiphlogistique. Jamais je n'ai vu, dans son service, faire une saignée, appliquer une sangsue ou des fomentations froides dans un cas de fièvre typhoïde.

Mais voici sa manière de procéder en général : maladie au début, céphalalgie, fièvre, pouls, de 90 à 100 pulsations fortes, développé; épistaxis, vertiges, constipation ou diarrhée légère ; peau chaude, sans aridité ; après s'être assuré que le malade a été à la selle : 10 *centigrammes de tartre stibié, et, quelques heures après le vomitif, une potion de* 80 *centigrammes de sulfate de quinine ; infusion de tilleul.*

Réaction plus prononcée, abattement déjà marqué, plusieurs selles diarrhéiques, chaleur mordicante, soif vive, langue commençant à se sécher, céphalalgie très-violente ou délire dans la nuit, pouls de 100 à 105, encore fort : 2 *potions de sulfate de quinine à* 60 *centigrammes, à six ou sept heures de distance l'une de l'autre ;* 2 *potions de nitrate de potasse à* 4 *grammes chaque, camphrées à* 5 *centigrammes, prises par cuillerées, d'heure en heure, le tout dans les vingt-quatre heures ; infusion de tilleul.*

Le lendemain, si la langue est saburrale, s'il y a des nausées, si le pouls est tombé, si la nuit a été calme (ce qui arrive ordinairement) : *un vomitif et le sulfate de quinine.*

Si le malade est parvenu au dixième ou douzième jour, qu'il y ait des accidents pectoraux, *le sulfate de quinine est donné à doses plus petites et fractionnées ; on administre* 2 *potions d'oxyde blanc d'antimoine,* 4 *grammes ; camphre,* 5 *centigrammes ; trois quarts de vin.*

S'il y a engorgement pulmonaire prononcé, plus de fréquence et de faiblesse du pouls, on ajoute à la potion d'oxyde d'antimoine 5 centigr. ou 1 décigramme de tartre stibié, mais en augmentant la dose de camphre et celle du vin. Si l'état indique une grande stupeur et en même temps une affection très-étendue des poumons, peau flasque, sans chaleur, pouls petit, vibices, hémorrhagies sous-cutanées, pétéchies, gangrènes, etc. : *limonade sulfurique et arnica, vin potion ; avec camphre, oxyde blanc d'antimoine et tartre stibié, vésicatoire, lotions avec vinaigre et alcool camphrés.*

Le vin simple ou alcoolisé est donc administré à hautes doses, si déjà, ce qui doit arriver fréquemment, le médecin n'en a prescrit l'usage dès le commencement de la maladie. D'ailleurs, tous ces préceptes ne sont et ne peuvent être qu'une application approximative de la conduite à

tenir, et sont soumis, pour leur modification, au tact et à l'expérience du praticien.

Accidents secondaires. J'ai dit que les accidents secondaires, déterminés par l'apparition à la surface des organes des produits de l'altération du sang, égalaient souvent en gravité la maladie qui leur donnait naissance; parmi ces accidents, un de ceux qui ont la plus fâcheuse influence est la diarrhée provoquée par la fonte de l'exanthème folliculeux, contre laquelle tout vient échouer : l'opium, le chlorure de fer, le camphre, l'acétate de plomb, la poudre de charbon, le nitrate d'argent, l'alun, etc. Mais ces diarrhées cèdent avec une merveilleuse promptitude à des demi-lavements de lait avec 4 à 8 grammes de térébenthine, répétés, une, deux et trois fois dans les vingt-quatre heures; j'ai maintes fois constaté ce beau résultat.

La diarrhée se complique le plus souvent de météorisme ; on modifie alors le véhicule : *infusion de valériane ou de camomille avec addition de camphre ; on fait de plus des frictions sur le ventre avec la térébenthine et le camphre dissous dans l'alcool chaud.*

Quant aux accidents cérébraux, ce médecin, pensant qu'ils ne sont que l'effet de l'alimentation du système nerveux par un sang vicié, que c'est au traitement primitif à en faire justice, que rien n'est plus fatal au malade que de les traiter spécialement, s'abstient soigneusement, comme je l'ai dit, de toutes déplétions sanguines qui les aggravent le plus souvent, ainsi que des applications froides sur la tête qui peuvent contrarier la crise cutanée dont le salut dépend, et, en général, aussi des dérivatifs et des vésicatoires, dont on est si prodigue en pareil cas, et qui ne sont indiqués que quand la lenteur du pouls, la basse température de la peau caractérisent un état parfaitement torpide : y avoir recours quand le pouls est fréquent, la peau brûlante et le délire prononcé, c'est déterminer presque toujours l'aggravation de la maladie et la perte du malade.

Pendant le cours de la fièvre typhoïde, il survient à peu près toujours une stase pulmonaire, qui, par elle-même, exerce une influence fâcheuse sur la marche de la maladie, et devient souvent cause de mort quand elle s'aggrave. Dans le pneumo-typhus, c'est-à-dire le cas où la scène principale de l'affection typhoïde est dans l'appareil respiratoire, le médecin ne doit pas se laisser entraîner par l'imminence du danger, et avoir recours à une médication aussi active que celle dont il se sert dans l'hépatisation ordinaire, mais songer au peu de résistance de l'économie, et à l'impossibilité de faire disparaître violemment le produit déposé par la maladie. Dans le premier cas ou le simple engouement, ce praticien remplace le nitrate de potasse par l'oxyde blanc d'antimoine en deux potions de 4 grammes avec addition de 5 ou 10 centigrammes de camphre, qui sont prises par cuillerées à bouche d'heure en heure. Dans le second cas, lorsque l'engouement pulmonaire est passé à l'hépatisation, au lieu de saigner, ce qui serait mortel, à son avis, il donne des boissons chaudes aromatiques, les infusions

d'arnica, l'oxyde blanc d'antimoine camphré avec addition d'une faible dose de tartre stibié (de 1 à 2 décigrammes de camphre), et fait appliquer de larges vésicatoires sur la poitrine, sur le côté affecté, mais seulement quand le pouls commence à perdre de sa fréquence. Ces moyens lui semblent seuls propres à conjurer la terminaison fatale, à tenir le malade en haleine, à régulariser la marche du mal, à le dominer, et à faire espérer la guérison, qu'une médication plus active compromet toujours. On aura un bel exemple de cette influence du traitement ainsi conduit dans l'observation V.

(La fin au prochain numéro.)

Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du cœur ; *lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 27 mai 1852, par* **M. Monneret**, *agrégé honoraire de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (Fin.)*

Traitement. — Pour traiter avec quelque succès les affections du cœur, il faut s'attacher à remplir les indications suivantes, qui peuvent être réduites à un petit nombre :

1° *Agir sur le cœur.* — Le praticien doit s'assurer de l'état de la contraction cardiaque, et, suivant qu'elle est trop forte ou trop faible, l'affaiblir ou l'exciter par un traitement convenable.

2° *Agir sur les capillaires.* — On cherche : 1° à désemplir plus ou moins directement les capillaires du poumon, du foie, des reins; 2° à stimuler les systèmes capillaires; 3° à exciter la sécrétion et l'exhalation dans les organes engorgés afin d'enlever au sang quelques-uns de ses principes et de faire cesser l'hypérémie.

3° *Agir sur le sang.* — On peut diminuer ses qualités stimulantes en l'appauvrissant, ou lui donner des propriétés toutes contraires à l'aide de médicaments excitants qui propagent leur action à tout le système vasculaire.

La saignée, la digitale, les stimulants, et d'autres médicaments encore, ont été proposées dans le but de subvenir aux indications que je viens de rappeler. Je n'examinerai que quelques-uns des agents thérapeutiques les plus usités.

Saignée. — Quand on se trouve en présence d'un malade qui offre à un haut degré une dyspnée intense et tous les symptômes d'une forte congestion bronchique et pulmonaire, on est porté d'abord à enlever au système vasculaire une certaine quantité de sang. Beaucoup de médecins obéissent à cette impulsion, dictée souvent par le désir du malade, et aussi par le soulagement momentané qui suit parfois la perte de sang.

Cependant, on ne tarde pas à s'apercevoir que la saignée, loin de rendre la circulation plus facile, ne fait qu'augmenter les congestions en affaiblissant le cœur, les vaisseaux capillaires et tout l'organisme. Si l'on

persiste à y recourir encore, l'anxiété et la gêne de la respiration augmentent; les battements du cœur deviennent irréguliers, tumultueux; le pouls faiblit; la cyanose et le refroidissement acquièrent plus d'intensité; le malade succombe brusquement par syncope, ou après une longue agonie pleine de douleurs pour lui et pour les assistants.

On doit encore repousser la saignée quand le cœur affaibli se dilate et se laisse distendre par le sang, comme dans l'anévrisme passif de Corvisart. La marche des congestions est plus graduelle, plus lente que dans l'anévrisme actif, mais n'est point entravée par les émissions de sang.

Des médecins du plus grand mérite veulent que l'on fonde la thérapeutique des affections du cœur sur la lésion valvulaire. L'insuffisance contre-indiquerait formellement l'emploi de la saignée, de la digitale et des débilitants; ils seraient, au contraire, presque indispensables dans le rétrécissement. On trouve là une de ces idées systématiques si fréquentes en médecine. L'anévrisme actif et passif de Corvisart a été détrôné par l'hypertrophie, et cette dernière, à son tour, est effacée par la théorie valvulaire. On ne parle plus, ou n'agit plus qu'en vertu de l'insuffisance ou du rétrécissement constatés ou soupçonnés des orifices cardiaques.

On est donc absolument forcé de diagnostiquer la lésion anatomique pour traiter le malade. Je ferai remarquer d'abord que ces deux affections se trouvent souvent réunies sur le même orifice, ou qu'elles occupent chacune les deux ouvertures; voilà une première difficulté. La seconde tient à l'absence complète, dans la plupart des cas, des signes physiques propres à faire reconnaître le rétrécissement ou l'insuffisance. En outre, le trouble de la circulation cardiaque est tel parfois qu'il n'est plus possible de retrouver les signes diagnostiques, précisément dans les cas où ils sont le plus nécessaires; troisième difficulté. Enfin, l'hypertrophie cardiaque et les congestions intra-pulmonaires dépendent, quoique dans des cas plus rares, d'une maladie de l'aorte, du péricarde, du tissu pulmonaire, des bronches et même de la plèvre; l'insuffisance et le rétrécissement font alors entièrement défaut, et le praticien est réduit, pour la quatrième fois, à se passer d'une source aussi stérile d'indications thérapeutiques.

D'ailleurs, qu'importe que la maladie valvulaire soit constituée par ces lésions? Elles sont au-dessus des ressources de l'art et ne peuvent servir de base à la thérapeutique, ainsi que je le montrerai plus loin. Il n'en est pas de même de l'hypertrophie; produite dans un but salutaire et de conservation, elle retarde les funestes progrès des congestions, et souvent même en prévient pendant longtemps le développement lorsqu'elle est restreinte dans de certaines limites. C'est par l'hypertrophie cardiaque que la nature lutte contre la gêne incessante de la grande et de la petite circulation; c'est elle aussi que le praticien ne doit pas perdre de vue dans les diverses médications qu'il oppose à la maladie.

Des malades atteints de dilatation de l'orifice aortique avec insuffisance valvulaire ne présentent que fort tard des congestions et des hydropisies ; elles sont aussi parfois moins intenses et moins générales que chez des sujets dont les orifices cardiaques sont fortement rétrécis. Mais il vient bientôt un moment où ces deux catégories de malades se confondent, et alors on n'a plus pour proscrire ou pratiquer la saignée d'autre indication que celle qui est tirée de l'état dynamique du cœur et des forces générales.

Je considère, enfin, comme autant de contre-indications à l'emploi de la saignée : 1° l'état anémique, quelle qu'en soit la cause ; 2° l'embonpoint, assez fréquent chez les anévrismatiques, et qui s'accompagne d'une très-imparfaite réaction lorsqu'on les soumet à des déplétions sanguines ; 3° la vieillesse ; 4° l'emphysème et l'expectoration difficile qui doivent faire repousser la saignée.

Je suis convaincu qu'on peut la remplacer utilement en pratiquant des saignées locales, plus ou moins répétées, à l'aide de sangsues ou de ventouses sur les régions occupées par les viscères qui sont le siége des congestions, ou sur les vaisseaux qui sont en communication plus ou moins directe avec eux. Les sangsues, placées à l'extrémité inférieure du rectum, opèrent une utile déplétion sur le foie et les capillaires de la veine-porte. On peut également désemplir les vaisseaux de l'appareil respiratoire par des applications de ventouses scarifiées sur les côtés de la poitrine et sur l'échancrure sternale. Ces déplétions locales et partielles ont bien plus d'efficacité sur les hypérémies capillaires que la saignée générale.

Laënnec fait une remarque semblable lorsqu'il dit : « Les observations des praticiens de tous les âges sur les effets différents des saignées générales ou locales, artérielles ou veineuses, déplétives ou dérivatives, prouvent une certaine indépendance entre l'action du cœur et celle des autres vaisseaux (T. III, p. 151.) » Je crois qu'on a trop négligé l'étude de ces pertes de sang locales qui n'affaiblissent pas l'organisme, et qui, cependant, diminuent ou enlèvent l'hypérémie à la manière des hémorragies spontanées et critiques, que les saignées locales imitent jusqu'à un certain point.

La médication débilitante, dont la saignée, la diète, les délayants sont les agents principaux, a été mise en œuvre dans toutes les affections du cœur indistinctement. Elle est encore la plus usitée de toutes, et cependant elle expose les malades à mourir subitement et au moment même où ils sont le plus affaiblis, comme par le traitement meurtrier d'Albertini et de Valsalva. La meilleure thérapeutique à opposer à l'hypertrophie est celle qui est puisée dans l'hygiène, surtout quand on y soumet le malade de bonne heure et avant toute espèce de troubles de la circulation capillaire. Une fois que les congestions se sont établies, surtout d'une manière lente et chronique, et qu'elles sont devenues générales, loin de céder au traitement débilitant, elles s'accroissent sous son influence. Les sujets qui résistent le mieux à la maladie et pendant le

plus de temps sont des hommes vigoureux, athlétiques, qui n'ont été soumis à aucun traitement, et souvent même ont vécu d'une manière contraire aux préceptes tracés par une sage hygiène. Il est inutile d'indiquer les agents de la médication débilitante, ils sont connus de tout le monde.

Digitale. — Il n'est pas une seule affection du cœur contre laquelle on ne dirige la digitale ou la digitaline, par cette unique raison qu'elles ralentissent le nombre et diminuent l'intensité des contractions cardiaques. J'avoue que je n'ai jamais eu grande confiance dans l'action de ces médicaments; toutefois, je les ai expérimentés avec soin, dans un grand nombre de cas, et j'ai pu me convaincre que leur usage, au lieu d'être général, devrait être restreint à des conditions spéciales que je vais indiquer et qui se présentent rarement.

La digitale est bien plus dangereuse que la saignée, parce que celle-ci enlève au moins une certaine quantité du stimulant naturel des vaisseaux en même temps qu'elle diminue leur énergie contractile, tandis que la digitale affaiblit les organes circulateurs en leur laissant la même quantité de liquide à mouvoir. La digitale produit donc un effet entièrement opposé aux opérations de la nature prévoyante et réparatrice qui hypertrophie le cœur et triple sa force de contraction. Aussi la digitale, en ralentissant l'activité fonctionnelle du cœur, ne fait-elle que diminuer la *vis à tergo* et accroître la congestion des parenchymes.

La digitale m'a paru surtout nuisible chez les malades atteints d'anévrisme passif, et dans tous les cas où le sang est fortement retardé et les forces générales diminuées. On doit la proscrire à plus forte raison quand la maladie est arrivée à sa dernière période, quand elle s'accompagne de tous les symptômes du catarrhe chronique, de l'œdème pulmonaire, et de cette hypérémie à laquelle succède parfois la pneumorragie. Les signes qui doivent faire renoncer à la digitale sont la faiblesse, l'irrégularité et l'intermittence des battements du cœur et des artères, la disparition de bruits anormaux, nets et distincts auparavant. C'est précisément lorsque la digitale agit d'une manière énergique et prompte que l'on doit en redouter le plus les effets. J'ai vu alors les symptômes de congestion s'accroître, et ne cesser ensuite qu'avec peine après cinq ou huit jours. Dans quelques cas même, la propulsion cardiaque est restée troublée jusqu'à la mort. J'ai toujours présente à l'esprit l'observation que j'ai citée ailleurs, d'un malade dont les valvules aortiques étaient presque entièrement détachées. La dyspnée, l'anxiété et le désordre de la circulation cardiaque formaient un ensemble de symptômes alarmants qui existaient depuis plusieurs jours. Je donnai la digitale; les contractions du cœur se ralentirent très-sensiblement; quelques jours après, le malade mourut par syncope et avec formation d'un caillot fibrineux bien organisé. Ce cas, et quelques autres moins graves, m'ont rendu très-circonspect sur l'emploi de la digitale.

Je crains de l'administrer à ceux dont la circulation cardiaque est

affaiblie, irrégulière, qui présentent une cyanose intense, de la somnolence, de l'assoupissement, et un refroidissement sensible aux extrémités. Il ne reste donc qu'un petit nombre de cas dans lesquels la digitale peut être administrée avec avantage. Si, par exemple, l'on est appelé de bonne heure, lorsque le mal est confiné dans le cœur seulement et celui-ci atteint d'anévrisme actif, on peut associer la digitale à la saignée modérée, et surtout à un régime diététique sévère. Le traitement a parfois pour effet d'arrêter un instant les progrès de l'hypertrophie du cœur et de diminuer son énergie fonctionnelle. Je n'ai pas à m'occuper des propriétés diurétiques de la digitale; je ferai seulement remarquer qu'elles sont souvent la véritable cause de l'amélioration qu'on rapporte, mal à propos, à l'action spéciale du médicament.

Narcotiques. — On est souvent tenté de donner aux malades affectés d'asthme et d'une anxiété cruelle qui leur fait désirer la mort, une préparation narcotique, l'opium, les sels de morphine ou la belladone. Hope dit que l'opium, uni à la digitale, lui a été utile pour mettre fin à cet état morbide. Tant que les symptômes sont plus nerveux que vasculaires, on peut les modérer par les narcotiques et les antispasmodiques, et agir, par ce moyen détourné et médiat, sur la circulation cardiaque et pulmonaire.

Cette indication spéciale une fois écartée, je n'ai vu que des inconvénients à l'emploi de l'opium. On parvient, sans doute, à assoupir le système nerveux, et le malade sent un peu moins sa triste position, mais c'est pour un temps fort court et acheté au prix de rêves affreux, d'un réveil pénible et d'une anxiété plus forte qu'auparavant. D'ailleurs, l'opium augmente la congestion cardiaque et pulmonaire, affaiblit l'innervation, l'irritabilité musculaire; contribue à accroître encore la cyanose, la congestion encéphalique, et celle qui existe déjà dans les autres organes.

Toniques et excitants. — J'ai déjà montré l'hésitation bien permise au médecin qui se trouve en présence d'une affection cardiaque et qui est contraint d'opter entre les débilitants et les toniques. Une opinion, qui compte aujourd'hui un très-grand nombre de partisans en Allemagne et même en France, attribue la plus grande efficacité au traitement tonique, et spécialement au quinquina, aux ferrugineux, aux amers et à un régime fortifiant. Ce traitement ne saurait convenir à tous les cas; il faut reconnaître, cependant, qu'il est d'une application plus fréquente que la médication hyposthénisante, et qu'il n'en offre pas les inconvénients graves.

Pour retirer des toniques tout le parti désirable, il faut les administrer dans les cas où l'on observe une ou plusieurs des conditions morbides suivantes :

1° Si le cœur est atteint d'anévrisme passif et le système veineux de l'extrémité céphalique congestionné, on cherche à stimuler le cœur par des substances telles que le quinquina, les alcoolats aromatiques de cannelle, de menthe, etc., le vin, l'eau-de-vie, l'éther, l'acétate d'ammo-

niaque, et le café, qui m'a réussi dans des cas presque désespérés.

2° Ces agents thérapeutiques doivent être libéralement employés chez ceux qui sont atteints de lésions chroniques des voies respiratoires, de catarrhe, d'emphysème ou de tubercules pulmonaires. On leur associe les substances dites expectorantes, qui font merveille en excitant la circulation dans les capillaires bronchiques : telles sont les préparations dans lesquelles entrent la scille, le kermès, le tartre stibié et l'ipécacuanha donnés à dose nauséeuse, le soufre, le nitrate de potasse, le baume de Tolu, le benjoin, le goudron, la térébenthine, les pilules de Morton, etc.

3° On accorde la préférence aux amers, aux préparations de fer, au quinquina et à une alimentation tonique et stimulante lorsqu'on redoute la débilité, et, à plus forte raison, lorsque l'on a à combattre l'anémie symptomatique.

4° L'albuminurie, que l'on pourrait appeler congestionnelle pour en désigner la véritable nature, est avantageusement modifiée par la médication précédente.

5° Enfin, la stimulation du système vasculaire ne doit être tentée que rarement chez les sujets affaiblis, hydropiques, à l'aide de vésicatoires placés sur la région précordiale, sur les côtés de la poitrine, l'hypocondre, et enfin les membres inférieurs. On parvient ainsi à réveiller parfois l'action du cœur chez les sujets apathiques qui ne sont pas trop excitables ou affaiblis. Il ne faut pas oublier que la vie étant diminuée dans les capillaires, la gangrène se forme aisément sur la peau dénudée ou distendue par la sérosité. On n'aura donc recours à ce moyen que dans les cas où les autres agents de stimulation ont échoué. On peut essayer de lui substituer des lotions alcalines, savonneuses, sulfureuses, des frictions avec des liqueurs aromatiques, etc. Elles seraient nuisibles dans le cas où la peau est fortement distendue par le liquide des hydropisies.

Le régime alimentaire auquel on astreint le malade est la partie essentielle du traitement tonique. Je n'ai rien de particulier à en dire; je dois seulement conseiller de ne pas proscrire le vin coupé d'eau ni l'exercice modéré, qui me semblent plus utiles que nuisibles. J'ai vu de malheureux anévrismatiques arriver dans nos hôpitaux exténués par la misère, le travail et souvent de déplorables excès, ne se relever qu'à l'aide des boissons vineuses, du café et d'une alimentation forte et réparatrice.

Antispasmodiques. — On associe à la médication précédente les antispasmodiques tels que l'éther, le musc, la valériane, le succinate d'ammoniaque, le castoréum pour modérer, arrêter même l'asthme, l'anxiété précordiale, la jactitation, les insomnies pénibles qui accompagnent la congestion pulmonaire.

De quelques médications destinées à ranimer la circulation capillaire dans les organes. — Le cœur est souvent impuissant à faire circuler le sang dans les parenchymes, et, malgré les traitements précédents, les capillaires restent hypérémiés. On peut alors ou les désemplir directe-

ment par des émissions de sang ainsi que je l'ai déjà dit, ou exciter la sécrétion des produits propres au tissu engorgé. C'est ainsi qu'à l'aide des diaphorétiques et de la sudation habilement conduite on décharge les capillaires cutanés; que par les drastiques tels que l'élatérium, la coloquinte, la bryone, on provoque des sécrétions souvent abondantes et salutaires de sérosité, de mucus ou de bile dans l'intestin; qu'avec les diurétiques on détermine une diurèse copieuse et que l'on met fin parfois à la congestion rénale. Les capillaires bronchiques sont plus difficiles à débarrasser; on y parvient en administrant l'ipécacuanha, la poudre de Dower, l'émétique et les expectorants déjà indiqués. Le vomissement, la contraction du diaphragme et le trouble qu'il détermine excitent heureusement les capillaires. Je dirai même que cette médication est la seule par laquelle on agisse directement sur la circulation pulmonaire. Seulement, il faut choisir les cas, et ne pas prescrire cette médication dangereuse aux malades très-affaiblis et parvenus au dernier terme de leur affection cardiaque.

Il résulte de l'exposé critique des principales médications : 1° que, pour empêcher l'affaiblissement de la propulsion cardiaque, il faut préférer en général la médication tonique et fortifiante à la saignée, à la digitale et aux narcotiques; 2° qu'il faut restituer au sang ses qualités physiologiques par des toniques et des ferrugineux; 3° que l'on doit faire marcher, avec le traitement précédent, celui qui consiste à agir sur la circulation des bronches, des reins, du foie, de l'intestin, de la peau. Ce traitement, indiqué par Senac, Corvisart et Laënnec, est encore celui qui offre le plus de chances de succès.

Je n'ai pas eu d'autre but, en écrivant ce travail, que de localiser, dans un petit nombre de causes, l'origine des symptômes variés des affections du cœur; puis d'indiquer, à côté des indications thérapeutiques qui découlent de la physiologie pathologique, les agents les plus capables de les remplir. J'ai voulu donner aussi un guide au praticien; distinguer avec lui, dans les symptômes, ce qui est mécanique et hydraulique, d'une part : vital et dynamique, de l'autre; enfin, lui signaler les effets dangereux et les applications utiles de la saignée, de la digitale et de quelques autres médications.

CHIRURGIE.

Mémoire pour servir à l'histoire de l'extraction de l'astragale; par **M. G. Letenneur**, *ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de Chirurgie, etc.*

On lit dans les œuvres de Fabrice de Hilden (centur. II, obs. 67) que, dans l'hiver de 1582, le révérend Wolffbrand, revenant de porter des consolations à un malade, fit une chute et se luxa le pied. L'astra-

gale était entièrement détaché des os voisins auxquels il ne tenait plus que par quelques fibres ligamenteuses. Le chirurgien qui fut appelé coupa ces fibres, enleva l'astragale, et appliqua, sur la plaie, les remèdes en usage contre les hémorragies. La guérison eut lieu, mais elle ne fut obtenue qu'après un temps fort long et après de cruelles souffrances.

Telle est la première observation de ce genre dont il soit fait mention dans les annales de la chirurgie. Depuis cette époque, la même opération a été pratiquée un certain nombre de fois et dans des circonstances diverses. C'est, en général, à la suite de luxations compliquées de plaie ou de déchirure des parties molles, qu'on a eu recours à l'extraction de l'astragale; puis on a étendu peu à peu l'application de ce moyen à des cas plus ou moins analogues, et enfin à certaines affections organiques de l'os lui-même; mais alors on a été, le plus souvent, forcé d'enlever avec l'astragale des os voisins, ou, tout au moins, des portions de ces os envahis par la maladie.

Le nombre des observations d'extraction de l'astragale publiées dans les ouvrages de chirurgie et dans les recueils périodiques depuis Fabrice de Hilden jusqu'à nos jours, s'élève à peine à soixante, et, dans ce nombre, les chirurgiens français figurent à peu près pour moitié.

Un chiffre aussi peu élevé tient, sans doute, à la rareté des accidents qui peuvent nécessiter l'opération dont il s'agit; mais il tient surtout à ce que, pendant longtemps, l'amputation de la jambe a été regardée comme le seul moyen rationnel en pareil cas. Il a fallu des circonstances tout exceptionnelles et souvent en dehors de la volonté des chirurgiens, pour qu'ils aient quitté la voie battue, et qu'ils aient agi en dehors des règles étroites de ce qu'ils étaient habitués à considérer comme la bonne chirurgie.

Aujourd'hui même, la plupart des chirurgiens sont encore si peu familiarisés avec cette opération, qu'ils la rangent, sous le rapport de la gravité, à côté des amputations. Cette erreur, assez généralement répandue, et pourtant en opposition formelle avec les faits, prouve toute la puissance qu'exerce sur les esprits la crainte des dangers occasionnés par l'ouverture des articulations; elle prouve aussi qu'à défaut d'expérience personnelle, on est porté à se laisser convaincre plutôt par la théorie que par l'expérience des autres. Ainsi va souvent l'esprit humain! Je ne fais point allusion seulement à J.-L. Petit et à quelques chirurgiens de son temps dont l'erreur était bien pardonnable, mais aussi à des hommes de notre époque, dont le nom fait autorité dans la science.

Les circonstances m'ont assez favorisé pour que j'aie dû pratiquer deux fois l'extirpation de l'astragale. L'observation de ces faits, la comparaison que j'ai pu établir entre eux et ceux publiés auparavant, m'ont mis à même de confirmer en partie ce qui a déjà été écrit sur ce sujet, de faire quelques réflexions nouvelles, et de réfuter des erreurs qui ont trop facilement pris cours dans la science.

C'est en 1841 que, pour la première fois, j'ai extirpé l'astragale. J'ai communiqué les détails de cette opération à la Société de Chirurgie de Paris en 1845. Comme cette Société ne publiait point alors ses mémoires, je crois mon observation inédite.

Luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum ; issue d'une partie de l'astragale à travers une déchirure des parties molles ; extraction de cet os ; guérison.

Obs. I. — Cavoleau, âgé de 29 ans, d'une constitution athlétique, d'une haute stature, exerçant à Challans la profession de meunier, était légèrement pris de vin, le mardi 30 juin 1841, lorsqu'il se proposa, afin de remporter le prix d'une gageure, de descendre au galop de son cheval une côte rapide, et d'arriver à un but donné avant les autres concurrents.

Au moment où il se prépare à monter sur son cheval, celui-ci part : Cavoleau, pour sauter dessus, s'élance avec rapidité de gauche à droite, mais il dépasse le but et tombe pesamment de l'autre côté. Dans cette chute, tout le poids du corps porta sur le côté externe du pied droit. La déformation du pied, le sang qui souillait la chaussure, les cris du blessé firent comprendre aux assistants que l'accident était grave, et ils s'empressèrent de transporter Cavoleau à son domicile. Je fus appelé immédiatement. Après avoir enlevé les vêtements qu'on fut obligé de couper, je constatai l'état suivant :

Une large plaie, s'étendant depuis le côté externe du calcanéum jusqu'au milieu du cou-de-pied, donnait passage à toute la tête de l'astragale et à la partie inférieure du péroné. On voyait en bas et en dehors une partie de la grande facette calcanienne de l'astragale, qui dépassait de 3 centimètres environ la facette correspondante du calcanéum. Les ligaments péronéo-astragaliens étaient intacts, et l'astragale n'avait subi, par rapport aux os de la jambe, aucun déplacement. Le pied était entièrement déjeté en dedans, et la tête de l'astragale correspondait à son bord externe. Il était imppossible de voir et de sentir la malléole interne ; elle n'était le siége d'aucune fracture. Les tendons des extenseurs des orteils se trouvaient refoulés en dedans de la tête de l'astragale et étaient recouverts par la peau. Il s'était écoulé peu de sang.

Le moindre attouchement causait tant de douleur, la contraction des muscles était si énergique, que je fus obligé de cesser promptement les tentatives de réduction auxquelles j'avais eu recours. Le désir de m'associer des confrères, et, en particulier, mon père ; la volonté fortement exprimée par le malade de ne supporter aucune opération avant l'arrivée de plusieurs membres de sa famille, me décidèrent à attendre au lendemain matin pour prendre un parti décisif.

Dans le but de prévenir les accidents inflammatoires, je recouvris tout le pied de compresses imbibées d'eau froide dont la température fut maintenue au même degré au moyen d'un appareil à irrigation continue.

La nuit fut extrêmement agitée, le malade poussait des cris continuels ; cependant, son exaltation n'alla pas jusqu'au délire.

Le lendemain matin, il n'existait que peu de gonflement ; la tête de l'astragale était rouge et avait perdu cet aspect nacré et poli qui appartient aux cartilages articulaires. La douleur était extrême ; il fallait de toute nécessité agir, et agir sans retard. Après avoir constaté de nouveau l'impossibilité de réduire l'astragale, nous nous décidâmes à l'extraire, préférant ce moyen à l'amputation de la jambe et même à la résection de la tête de l'os luxé. Je procédai immédiatement à l'opération, qui fut facile et promptement terminée.

Je commençai par couper les ligaments péronéo-astragaliens qui étaient à découvert et par ouvrir la capsule en avant; puis, après un débridement d'un demi-centimètre à l'angle interne de la plaie, je pus introduire, entre la trochlée et la malléole interne, un bistouri droit boutonné, au moyen duquel je fis la section des ligaments tibio-astragaliens. Ce temps de l'opération fut le plus difficile, à cause du peu de largeur de la plaie de ce côté, et de la crainte que j'avais de blesser les tendons des extenseurs des orteils, et surtout les artères pédieuse et tibiale postérieure. Lorsque l'astragale fut séparé des os de la jambe, je le fis basculer de manière à rendre accessibles à l'instrument les puissants ligaments qui l'unissent au calcanéum, c'était le dernier obstacle à vaincre.

Ce n'est qu'après l'opération que je pus, en introduisant le doigt dans la plaie, acquérir la certitude que la malléole interne n'était pas fracturée.

Il n'y eut qu'un écoulement de sang sans importance; et si une ligature fut placée sur une petite artériole, c'est plutôt par excès de prudence que par nécessité.

La réduction du pied s'opéra facilement et produisit un soulagement immédiat. La plaie se trouva alors placée au-dessus de la malléole externe; ses bords s'affrontant naturellement semblaient m'autoriser à tenter la réunion immédiate; je crus plus prudent de panser à plat, après quoi je fixai le membre dans un appareil de Scultet, comme dans les cas de fracture comminutive.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent aussi bien qu'il était permis de l'espérer; mais, à partir du 4 juillet, la fièvre se développa, il y eut du délire; en même temps, le pied acquit un volume considérable, et quoique la suppuration fût de bonne nature, la peau prit un aspect livide, des phlyctènes apparurent, et le 6 juillet, je reconnus un peu de fluctuation au niveau de la malléole interne. Une incision faite dans ce point donna passage à du pus séreux, puis bientôt à du pus crémeux et semblable à celui qui sortait par la plaie principale.

Le délire, qui avait augmenté au point de ressembler à une folie furieuse, se calma un peu, ainsi que la fièvre, dès que le pus trouva pour s'écouler des issues suffisantes; et trois jours après cette incision, l'état du malade était très-satisfaisant.

Il sortit, à plusieurs reprises, par les plaies, des lambeaux de ligaments gangrenés; après quoi elles se couvrirent de bourgeons charnus, annonce d'une prochaine cicatrisation.

Lorsque le pied était immobile, le pus était parfaitement homogène; mais si on lui imprimait quelques mouvements, le pus se mélangeait d'un liquide transparent, jaunâtre et filant, qu'on reconnaissait facilement pour de la synovie.

Jusqu'au 26 juillet, le pied avait été soutenu par une simple bande, croisée au-devant de la jambe et fixée sur les côtés de l'appareil; mais ce moyen était insuffisant. Le pied cédant à son poids, et sollicité par les muscles du mollet, avait peu à peu quitté sa position première, et formait avec la jambe un angle très-ouvert. Lorsqu'on cherchait à le relever, on causait une vive douleur. Alors je modifiai le bandage de la manière suivante: les deux chefs d'une forte bande fixée au pied vinrent s'engager, au-devant de l'appareil, dans deux boutonnières que présentaient les deux chefs d'une autre bande partant du haut de la jambe; ce qui constitue, en un mot, le *bandage des plaies en travers*. Par ce moyen, il fut facile de faire sur le pied des tractions graduées et sans douleur.

Mais ces tractions ne me parurent pas encore suffisantes, parce que je remarquai une inflexion considérable des orteils et même du métatarse; je joignis alors au bandage que je viens de décrire, une forte semelle de cuir, matelassée conve-

nablement, et garnie de chaque côté d'une large bande en peau de chamois. Ces moyens combinés produisirent l'effet que j'en attendais, ramenèrent le pied à angle droit et relevèrent les orteils.

Pendant ce temps, la cicatrisation des plaies marchait régulièrement : elle était complète à la fin du mois d'août. A cette époque, la santé générale de Cavoleau ne laissait rien à désirer. Je crus qu'il était temps de faire cesser l'immobilité dans laquelle le genou avait été maintenu depuis deux mois. Mais la rigidité de cette articulation était extrême, et il fallut des efforts fréquemment répétés pendant quinze jours, pour fléchir la jambe à angle droit sur la cuisse. Pendant les premiers jours, les mouvements de flexion et d'extension causaient une telle douleur, que le malade ne pouvait retenir ses cris.

Le 15 septembre, Cavoleau commença à marcher à l'aide de béquilles. Au milieu d'octobre, il remplaça les béquilles par un bâton, et abandonna ce dernier appui dans le mois de novembre, un peu plus de quatre mois après l'opération.

Pour faciliter la marche et remédier au léger raccourcissement de la jambe, je fis faire un brodequin à talon élevé. Par suite de l'emploi de cette chaussure, le pied s'abaissa un peu, de manière à s'éloigner de nouveau de l'angle droit ; mais cette position nouvelle fut favorable à la marche et permit de dissimuler très-facilement la claudication. Le raccourcissement, d'ailleurs, n'était pas bien considérable, puisqu'il n'allait guère au delà d'un centimètre.

La mobilité du pied sur la jambe avait, à l'époque dont je parle, à peu près disparu ; mais l'ankylose ne fut solide qu'à la fin de décembre. Quelques mois encore, et Cavoleau avait recouvré toute sa force et son agilité d'autrefois ; il faisait de longues courses à pied, montait à cheval, chargeait des fardeaux, portait et mettait lui-même sur ses épaules des sacs de blé ou de farine d'un poids considérable, et pouvait sans danger s'exercer à la lutte.

Cet homme est mort d'une pneumonie, six ans après avoir subi l'opération que je lui ai pratiquée.

J'ai alors vivement regretté que des préjugés, trop enracinés dans certaines classes de la société, ne m'aient pas permis d'étudier, à l'aide du scalpel, les dispositions curieuses que m'aurait présentées, dans son squelette et dans ses parties molles, le pied duquel j'avais extrait l'astragale.

Le modèle en plâtre, que j'ai conservé, a été moulé à l'époque où Cavoleau commençait à marcher à l'aide d'un bâton, et, par conséquent, avant que l'œdème n'ait été entièrement dissipé ; néanmoins, il peut donner une idée de la beauté du résultat.

Luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum ; issue d'une partie de l'astragale par une plaie des parties molles ; diastasis des os de la jambe à leur partie inférieure ; extraction de l'astragale ; guérison.

Obs. II.—Le 22 mars 1850, le jeune Menant (François), âgé de 14 ans, domestique à la métairie de la Pierre-Blanche, commune de Saint-Gervais (Vendée), était occupé, avec son maître, à graisser l'essieu d'une charrette à bœufs. Ils se servirent, pour soutenir la charrette du côté où une roue avait été enlevée, d'un morceau de bois trop peu solide. Le poids de la charrette brisa ce faible appui, et elle tomba sur la jambe du jeune Menant.

Les désordres parurent tels au médecin qui fut appelé immédiatement, qu'il en fut effrayé, refusa de se charger du traitement et m'adressa le blessé.

L'accident avait eu lieu le 22, vers le milieu du jour, et ce n'est que le lendemain que je vis le jeune Menant.

Le pied était fortement déjeté en dedans, à tel point que son bord interne était dirigé en haut et son bord externe en bas ; la pointe du pied était plus élevée que le talon. La forme générale du pied rappelait parfaitement la variété du pied-bot appelée *Varus*. Au niveau de la malléole externe, la peau présentait une large déchirure transversale de huit centimètres environ. Au centre de cette plaie, on voit saillir la malléole recouverte de son périoste et de lambeaux ligamenteux. En avant de la malléole, l'angle antérieur de la plaie donne passage aux trois-quarts externes de la tête de l'astragale ; la portion de cet os, cachée sous la peau, est rugueuse et privée de son cartilage. Au bas et en arrière de la malléole, dans l'angle externe de la plaie, on voit une large surface articulaire, concave, qu'il est facile de reconnaître pour la grande face calcanienne de l'astragale. Entre ces deux portions de l'astragale existent les débris des ligaments astragalo-calcaniens qui étaient rompus. Du reste, l'articulation tibio-péronéo-tarsienne n'était le siége d'aucun déplacement, d'aucune lésion, et la capsule était parfaitement intacte.

J'avais donc sous les yeux une luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum, mais à un degré plus avancé que dans l'observation précédente, l'écartement des os ayant été porté assez loin pour produire la déchirure des ligaments interosseux.

A part une légère écorchure au genou, au côté externe de la rotule, on n'apercevait nulle part, pas même au niveau de la plaie, de traces de contusion. Enfin, l'examen le plus attentif me prouva qu'il n'y avait pas de fracture.

Je fis, sans succès, des tentatives de réduction. L'extraction de l'astragale me parut être la seule ressource.

La malléole externe paraissant au milieu de la plaie, c'est au-dessous d'elle que je portai d'abord l'instrument ; je pénétrai ainsi du premier coup dans l'article ; puis, faisant basculer l'astragale, j'introduisis la lame du couteau entre cet os et la malléole interne, et le dernier lien qui le retenait encore fut coupé. La grandeur de la plaie et la laxité des parties me permirent de ne pas perdre de vue la pointe de l'instrument. Cette opération, terminée, comme on le comprend, avec une grande promptitude, fut peu douloureuse et eut lieu, pour ainsi dire, sans effusion de sang. Le pied fut redressé sans obstacle, et le malade manifesta sa joie du soulagement qu'il venait d'éprouver.

Après la réduction, la plaie des téguments se trouva placée transversalement à trois centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du péroné, et ne correspondait plus, par conséquent, au vide formé par l'ablation de l'astragale. Le doigt introduit dans la plaie, et porté dans tous les sens, ne rencontra aucun corps étranger et ne put retrouver le lambeau de cartilage qui avait été arraché de la tête de l'os. Une circonstance me frappa : c'est que les deux malléoles étaient mobiles l'une sur l'autre, ce que j'attribuai à la rupture des ligaments de l'articulation péronéo-tibiale inférieure ; car cette mobilité, il était facile de s'en assurer, ne tenait pas à une fracture.

Je ne cherchai point à réunir par première intention les bords de la plaie, qui d'ailleurs se trouvaient rapprochés naturellement. Le pansement fut très-simple et se composa d'un linge fenêtré enduit de cérat, d'un gâteau de charpie et de compresses, le tout maintenu par un bandage de Scultet.

Pendant la nuit qui suivit l'opération, le jeune malade, malgré mes recomman-

dations, crut faire cesser les douleurs qu'il éprouvait, en enlevant l'appareil, dont je ne retrouvai plus de traces le lendemain. J'appliquai un nouveau bandage, et j'obtins la promesse d'une plus grande soumission à l'avenir.

Il n'y eut, à la suite de cette opération, qu'une fièvre très-modérée. La suppuration s'établit d'une manière régulière ; et, avec le pus, il s'écoulait, surtout par l'angle supérieur de la plaie, une certaine quantité de synovie.

Le 10 avril, c'est-à-dire dix-huit jours après l'opération, il survint un peu d'empâtement vers la malléole interne; ce point est douloureux. Le malade a eu, dans la nuit, des envies de vomir et du frisson ; tout annonce qu'un abcès va se former.

Le 15, l'abcès est ouvert. Le 28, le pus entraîne au dehors un fragment de cartilage articulaire. Dans la pensée que des débris de même nature pourraient exister encore, j'introduisis une mèche de charpie dans le foyer, pour en retarder pendant quelques jours la cicatrisation.

C'est à ce moment que je commençai à me préoccuper de la position du pied par rapport à la jambe, et du degré de raccourcissement que pourrait subir le membre. Le pied avait de la tendance à se porter dans l'extension ; mais il fut facile de le soutenir, le système musculaire n'offrant pas, chez le jeune malade, une grande énergie.

Un autre danger attira surtout mon attention : le diamètre transversal de la partie inférieure de la jambe me paraissait considérablement augmenté, quoique le gonflement des parties molles ne fût pas très-grand. Les deux malléoles étaient donc écartées l'une de l'autre, et d'après leur degré d'abaissement vers la plante du pied, il était évident qu'elles recevaient déjà une partie du calcanéum dans leur intervalle.

Nous étions arrivés à une époque où les accidents inflammatoires n'étaient plus guère à redouter, et où la sensibilité des parties malades avait bien diminué. J'établis donc une compression sur les malléoles au moyen d'une bande roulée, et surtout au moyen des coussins et des attelles; et, pour relever le pied, je ne pris de point d'appui que sur les parties les plus voisines des orteils. Grâce à ce pansement, les malléoles se rapprochèrent et chassèrent le calcanéum de la même manière qu'on chasse un noyau de cerise d'entre les doigts, avec cette différence seulement, que l'effet se produisit lentement.

Deux mois après l'opération, les deux cicatrices étaient solides. L'appareil de Scultet fut alors remplacé par un bandage roulé fortifié d'attelles de carton, le tout appliqué de manière à conserver au pied sa position à angle droit sur la jambe. A partir de ce moment, le malade se leva chaque jour en se servant de béquilles, et, le 4 juin, il put retourner chez ses parents.

A la fin de juin, la marche était facile à l'aide d'un bâton, mais il n'y avait pas encore d'ankylose.

A la fin d'octobre, le jeune Menant marche sans bâton; l'ankylose était alors très-avancée; cependant, lorsqu'on cherche à s'en assurer en imprimant quelques mouvements au pied, on détermine un peu de douleur.

Au mois de novembre, j'ai revu l'enfant pour la dernière fois. La guérison était complète, le pied était solidement fixé à la jambe par la soudure du calcanéum avec le tibia et le péroné. D'un autre côté, les articulations du pied avaient plus de mobilité que dans l'état normal.

Le membre a repris sa force première, la marche est facile.

L'enfant ne se sert, pour chaussure, que de gros sabots ayant entre eux une légère différence dans l'épaisseur du bois.

Par ce moyen, la claudication est évitée. Le raccourcissement est d'un centimètre environ, et la forme du pied est aussi satisfaisante que possible, ainsi qu'on peut s'en assurer par le moule en plâtre qui fut pris à cette époque.

Ce qui frappe surtout l'esprit à la lecture de ces observations et de celles qu'on trouve dans les auteurs, c'est la facilité avec laquelle on obtient, en général, la guérison après l'extraction de l'astragale ; c'est l'absence de ces accidents redoutables qui surviennent si souvent à la suite des grandes opérations ; c'est, enfin, le peu de raccourcissement du membre, la liberté de la marche, et la forme du pied si peu différente de ce qu'elle est dans l'état normal.

Quoique l'extraction de l'astragale n'ait été suivie de la mort que dans des cas tout à fait exceptionnels, on peut dire cependant que cette terminaison funeste eût été plus rare encore, sans l'inexpérience ou la pusillanimité de quelques chirurgiens.

Parmi les complications qui nécessitent l'intervention du chirurgien après l'extraction de l'astragale, il n'en est qu'une qui tienne véritablement à l'opération : c'est la formation d'un abcès dans le point opposé à la plaie par laquelle l'os a été enlevé. Cet accident, auquel il est facile de remédier, est assez commun ; on a vu qu'il a eu lieu chez mes deux malades.

Quant aux autres complications, comme la gangrène, la nécrose, les infiltrations purulentes, etc., etc., elles tiennent à trois causes : 1° aux désordres qui ont été produits sur les parties molles et sur les autres os que l'astragale, au moment même de la luxation ; 2° aux efforts de réduction trop énergiques ou trop prolongés ; 3° à ce que, au lieu d'opérer immédiatement, beaucoup de chirurgiens ont attendu souvent plusieurs semaines, et même plusieurs mois, pendant lesquels l'astragale a agi comme corps étranger, comprimant les parties voisines, et provoquant une abondante suppuration.

Eh bien ! les conditions défavorables que je viens de passer en revue, n'ont presque jamais causé la mort ; elles n'ont fait, en général, que retarder la guérison.

L'observation et l'interprétation exacte des faits m'autorise donc à dire que, si l'extraction de l'astragale, par la gravité des lésions auxquelles elle remédie, et par l'utilité du résultat, doit être comptée parmi les opérations les plus importantes de la chirurgie, elle doit aussi être rangée à côté de celles qui compromettent le moins la vie des malades.

Ce double avantage mérite d'être constaté ; car il démontre que les plaies des articulations sont, dans certaines circonstances, beaucoup moins graves qu'on ne le croit généralement, et, en outre, il peut encourager les chirurgiens à suivre moins timidement le précepte donné par Paul d'Ægine, et oublié pendant tant de siècles ; je veux parler des résections articulaires qui ont le plus grand rapport avec l'extraction de l'astragale, et qui, substituées aux amputations, ont produit de si beaux résultats dans les mains de quelques chirurgiens modernes.

(*La fin au prochain numéro.*)

De la cure des anévrismes du tronc brachio-céphalique par la méthode de Brandor ; par **M. Malgaigne.**

J'ai déjà dit que la collection des faits rassemblés par M. Holland m'avait donné l'idée de reprendre tous les cas d'opérations de l'anévrisme brachio-céphalique par la méthode de Brasdor, pour en montrer les résultats et chercher à établir les chances de salut que cette opération peut apporter aux malades. La question est d'autant plus importante, que la méthode de Brasdor a été naguère résolument condamnée au nom de l'anatomie pathologique, par un jeune chirurgien qui a déjà marqué son nom dans la science par d'utiles travaux. M. Deville, dans un discours prononcé en 1847 devant la Société anatomique, dont il était vice-président, déclarait qu'après avoir étudié 22 cas d'opérations tentées sur divers anévrismes par la méthode de Brasdor ou de Wardrop, il avait trouvé que, *sauf un petit nombre d'anévrismes limités à la carotide, toutes ces opérations avaient été funestes et très-souvent mortelles.*

« Mais, ajoutait-il, voici un fait qui vous a été présenté en 1843 par S. Clivier, et devant lequel s'écroule tout l'échafaudage de raisonnements rassemblés par Wardrop à l'appui de sa méthode. Ce prétendu progrès de la chirurgie va être jugé définitivement par l'anatomie pathologique.

« En juillet 1843, S. Clivier me demanda de venir disséquer chez lui une pièce d'anévrisme de l'artère sous-clavière qui avait déterminé la mort du malade. J'engageai à mon tour un de nos membres honoraires, M. P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté et dont j'étais l'interne, à venir assister à cette dissection. Nous prîmes le scalpel alternativement M. Bérard et moi, et c'est nous deux qui avons fait la trouvaille.

« Or, l'anévrisme, dans ce cas, avait continué à s'accroître constamment jusqu'au moment de la mort, et cependant, à l'autopsie, nous avons constaté qu'il y avait oblitération de toute la partie externe de l'artère sous-clavière ainsi que de toutes ses branches collatérales sans exception ; oblitération complète de la carotide primitive droite, et oblitération complète également de la carotide primitive gauche. Des quatre gros troncs qui partent supérieurement de la crosse de l'aorte, il n'y avait plus que l'artère sous-clavière gauche qui fût perméable.

« Réfléchissez bien, Messieurs, au point de vue de l'application de la méthode de Wardrop, sur ce fait : d'un côté, oblitération de toutes les artères périphériques à l'anévrisme et même des artères voisines ; d'un autre côté, persistance de l'anévrisme qui continue à augmenter. Ne trouvez-vous pas là, au nom de l'anatomie pathologique, la condamnation complète de cette méthode ? Un chirurgien pourra-t-il jamais se flatter d'obtenir, par un procédé quelconque, l'oblitération de toutes les artères qui s'étaient fermées naturellement dans ce cas ? Et, en supposant qu'il fût possible d'y songer, on verrait, après une série d'opérations dont chacune est si souvent mortelle, l'anévrisme persister (1). »

Si j'avais à agiter la question de la méthode de Brasdor d'une ma-

(1) *Bull. de la Société anatomique*, 1847.

nière générale, je ferais remarquer à M. Deville que ses conclusions sont en désaccord avec ses prémisses, et qu'après avoir admis au moins quelques guérisons d'anévrismes carotidiens, il est mal venu à demander si *un chirurgien pourra jamais se flatter* de réussir, et d'affirmer qu'après le succès des ligatures, *on verra l'anévrisme persister*.

L'argumentation de M. Deville est sujette à bien d'autres objections encore. L'individu qu'il a autopsié n'a pas guéri ; mais avait-il rempli les indications nécessaires même pour la guérison des anévrismes traités par la méthode d'Anel? Ses habitudes de vivre, son régime étaient-ils réglés selon la gravité de sa maladie? Beaucoup de sujets ont succombé par leur propre faute après des opérations par la méthode de Brasdor, et l'on en verra tout à l'heure des exemples; celui-ci, placé par la nature dans les conditions d'un sujet opéré, aurait dû, tout au moins, pour recueillir tout le bénéfice de ses oblitérations artérielles, observer les précautions convenables. L'a-t-il fait? on n'en dit rien; c'est une lacune qui est à peine pardonnable.

Allons plus loin ; il aurait suivi une hygiène parfaite, et il n'a pas guéri. Donc d'autres ne guériront pas. Jamais le sophisme n'a été plus flagrant. Il aurait fallu voir d'abord si les opérations avaient toutes été infructueuses, et déjà pour la carotide on confesse que plusieurs ont réussi; on aurait dû se demander aussi si ce fait d'anatomie pathologique n'était pas contredit par d'autres faits du même genre; de telle sorte qu'à la vérité on aurait bien pu conclure que l'oblitération de tous les vaisseaux au delà de l'anévrisme n'assure pas toujours sa guérison ; mais il y aurait eu à rechercher le pourquoi, à calculer les chances probables de succès et d'insuccès ; on aurait fixé la valeur de la méthode; on se serait gardé de la proscrire.

M. Deville, dans ce même discours, se plaint que l'on ne fait pas assez d'état des faits laborieusement amassés par la Société anatomique, et il a raison; mais lui-même, se contentant, pour juger, d'un fait unique présenté à cette Société, n'encourait-il pas un reproche aussi fondé? Car, à l'époque même où il parlait, d'autres faits contraires au sien s'étaient produits dans la science ; et pour m'en tenir au sujet spécial des anévrismes brachio-céphaliques, dès 1836 le professeur Renzi avait publié l'histoire curieuse d'un sujet entré à l'hôpital avec une absence complète de pulsations dans les artères radiale et brachiale droites, comme dans la carotide du même côté. On soupçonnait bien une affection des gros vaisseaux; mais l'absence d'autres signes avait laissé le diagnostic incertain. L'autopsie montra un sac anévrismal du volume d'une petite orange, provenant en partie du tronc brachio-céphalique, et en partie même de l'aorte; il était rempli d'une masse de fibrine très-adhérente qui se prolongeait dans la carotide (1). Wishart a publié depuis lors un fait du même genre (2); et M. Holland en rapporte un

(1) *Annali univ. di medicina d'Omodei*, 1836, t. 78.

(2) *Monthly Journ. of med. sciences*, 1848; — et *Archiv. gén. de méd.*, 1848, t. XVII, p. 216.

autre qui lui a été communiqué par M. Luke, et qui est bien plus remarquable encore. En effet, l'anévrisme, bien reconnu pendant la vie, avait été traité par des saignées répétées, et tout battement avait disparu dans la tumeur. Deux ans après, l'individu ayant succombé à une méningite, l'autopsie fit voir le sac anévrismal né du tronc brachio-céphalique avant sa bifurcation, et complétement rempli par une masse fibrineuse d'une densité uniforme, sans aucun caillot plus mou, qui eût accusé un passage quelconque du sang à travers la tumeur; la carotide était oblitérée; mais *la sous-clavière était restée perméable*, si le sang avait pu y aborder. La pièce est conservée au musée de l'hôpital de Londres.

On voit par ces trois faits que l'anatomie pathologique n'est pas aussi contraire à la méthode de Brasdor que le prétend M. Deville; et le dernier nous montre même que l'oblitération de la carotide peut suffire à la guérison de l'anévrisme, ce qui est d'accord avec les données de la médecine opératoire.

Voici maintenant le résumé succinct des cas où la méthode de Brasdor a été tentée; j'en ai ajouté quelques-uns qui avaient échappé à M. Holland; en sorte que le chiffre total ne s'élève pas à moins de quinze cas. Je les exposerai dans l'ordre chronologique.

1° Wardrop tenta la méthode de Brasdor sur une femme de 45 ans, atteinte d'un anévrisme dont la première origine remontait à onze mois. On ne sentait aucune pulsation dans la carotide droite; en conséquence, sans s'en occuper, la sous-clavière fut liée le 6 juillet 1827. Le 8 août 1828, il ne restait que peu de traces de la tumeur. Des battements avaient reparu dans la carotide droite, aussi bien que dans l'artère radiale du même côté. Environ trois mois après, la tumeur reparut immédiatement au-dessus du sternum; et quelques mois après il s'en manifesta une autre sur le trajet de la carotide droite. La malade succomba le 13 septembre 1829. Il n'y avait qu'une seule poche anévrismale occupant le tronc brachio-céphalique, mais du volume d'un œuf de dinde, ayant érodé une partie du sternum; elle était presque solide, et n'offrait plus au centre qu'une cavité capable de loger une noix; la carotide droite était perméable et tout à fait saine.

2° Un second essai suivit assez promptement le premier. Le 22 juillet 1828, Evans lia la carotide sur un boucher de 30 ans, pour un anévrisme qu'il croyait siéger à la racine de cette artère. Le huitième jour après l'opération, le pouls faiblit à l'artère radiale droite, et une douleur intense se fit sentir sur le trajet de l'artère axillaire et de l'artère brachiale, et aboutit à l'oblitération de ces vaisseaux. Dans la première semaine d'octobre, la tumeur était dure, solide, notablement diminuée, et il fallait une forte pression pour y découvrir des pulsations à peine perceptibles. A partir du 22 octobre, le sujet allait régulièrement au marché à une distance de sept milles; et finalement il avait recouvré sa

(1) *Lancet*, July 1827, p. 465; et 1828-29, p. 788.

santé habituelle lorsque, le 8 août 1830, la tumeur creva, rendit environ 24 onces de pus, et plus tard une matière caillebotée, mêlée de poils. Deux autres tumeurs recouvertes de poils et du volume d'un petit œuf de poule durent être extirpées ; elles avaient leur origine dans l'intérieur de la poitrine; et après leur ablation *il ne resta plus rien d'aucune tumeur*. On comprend que ces détails laissent beaucoup de doutes sur la réalité de l'anévrisme (1).

3° Valentine Mott lia la carotide le 20 septembre 1829, sur un homme de 51 ans, qui portait depuis dix-huit mois un anévrisme brachio-céphalique ; le pouls manquait au poignet droit, bien que sensible encore dans la brachiale. Pendant les premiers jours qui suivirent, il n'y eut aucun changement; mais, le 27, le volume et les battements de la tumeur étaient évidemment diminués. Chose remarquable, presque en même temps le pouls avait un peu reparu à la radiale droite. La ligature tomba le 15 octobre; la tumeur avait entièrement disparu ; et, le 26, le malade était reparti pour son pays avec toutes les apparences d'une entière guérison. Cependant, arrivé chez lui, la dyspnée revint et il succomba le 22 avril 1830. — L'autopsie fit voir un anévrisme du volume des deux poings, mais entièrement caché dans la poitrine; il naissait du tronc brachio-céphalique et comprenait dans son développement la sous-clavière et la carotide; malheureusement il ne paraît pas qu'il ait été ouvert. Il est dit cependant que la carotide droite était oblitérée ; la sous-clavière libre au delà de la tumeur et sans altération. La clavicule érodée à sa face inférieure était luxée incomplétement sur le sternum ; la trachée avait été fortement aplatie par la pression de l'anévrisme (2).

4° Key lia pareillement la carotide, le 20 juillet 1830, pour un anévrisme brachio-céphalique datant de deux ans environ chez une femme de 61 ans. Chose remarquable, le pouls était plus fort du côté droit que du gauche. Au moment même de la ligature, la tumeur diminua sensiblement, mais elle reprit presque aussitôt son volume. La malade s'éteignit quelques heures après. — Le sac naissait à la fois du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte ; il était à demi rempli de lames fibrineuses plus ou moins consistantes. Les deux vertébrales étaient plus petites que de coutume, la carotide gauche presque oblitérée à son origine, en sorte la mort fut attribuée à la privation presque absolue de la circulation dans l'encéphale (3).

5° M. Holland cite un autre cas d'après le *Repertorium der gesammten deutschen medicinisch-chirurgisch Journalistik*, 1830, p. 119 ; le nom de l'opérateur n'est pas cité. Le sujet était un homme de 51 ans ; on lui lia la carotide le 13 juin. Le 14, les battements avaient déjà diminué ; mais, le 16, il y eut une perte partielle de la vision de l'œil droit, de la douleur dans l'oreille du même côté ; l'esprit commença à s'égarer ; la paralysie

(1) *Lancet*, 1829, p. 187.—Vilardebo, Thèse inaug., Paris 1831, p. 58.
(2) *American journ. of. med. science*, Feb. et Aug. 1830.
(3) *London med. Gazette*, July 1830; et Vilardebo, *Thèse cit.*, p. 70.

apparut du côté gauche du corps, augmenta le lendemain, et la mort arriva le 18. On trouva à l'autopsie un anévrisme brachio-céphalique qui avait érodé la clavicule droite; la carotide était obstruée par un caillot solide dans l'étendue d'un pouce et demi au-dessous de la ligature.

6° Une sixième opération fut tentée en 1832, par Morrison, sur un homme de 42 ans, pour un anévrisme dont l'origne paraissait remonter à neuf n ois. Quand on comprimait la carotide, la tumeur ne diminuait pas sensiblement; mais le pouls devenait plus plein et plus fort à la radiale droite; d'autre part, la compression de la sous-clavière faisait battre plus fortement la tumeur et les artères temporale et faciale du côté droit. La carotide fut liée le 8 novembre. Il n'y eut pas d'amendement à la tumeur jusqu'au 17, mais alors les battements s'affaiblirent, elle commença à durcir et à diminuer de volume. La ligature tomba le 9 décembre, et le sujet ne tarda pas à entrer en convalescence. Peu après, il se livra à une occupation très-pénible, la fabrication du charbon de bois. De temps à autre il revenait à la ville, n'oubliant pas de voir son chirurgien; mais à la fin de juin 1834, il accusait une petite toux avec de l'oppression; et, le 4 juillet, il mourut subitement, vingt mois après l'opération.—L'autopsie fit voir un anévrisme de l'artère carotide, commençant un peu au-dessous du point où elle avait été liée; la sous-clavière était également dilatée en partie à son origine, et le tronc brachio-céphalique, parsemé de petites pointes osseuses, avait le double de son calibre ordinaire. La portion du sac qui plongeait dans la poitrine était beaucoup plus volumineuse que celle qui apparaissait au dehors; d'ailleurs ce sac était comblé par un dépôt fibrineux dense (1).

7° M. Laugier a lié la sous-clavière, le 12 juin 1834, sur un homme de cinquante-sept ans, atteint depuis environ cinq années d'un anévrisme brachio-céphalique qu'on avait cru affecter plutôt la sous-clavière. Le surlendemain, la tumeur avait diminué d'un quart, la respiration était plus libre. Le 17, nouvelle diminution; la tumeur, réduite aux deux tiers de son volume, n'offrait plus que des pulsations légères. Le 17 juillet, elle était diminuée de moitié; quelques petites hémorragies avaient été facilement arrêtées; et malgré un premier accès de suffocation apaisé par une saignée, il était permis d'attendre un résultat favorable, lorsque le 12 un nouvel accès de suffocation emporta le malade presque subitement. — L'autopsie montra un anévrisme du tronc brachio-céphalique, la crosse de l'aorte d'un volume double de l'ordinaire. Le sac, de 6 pouces de diamètre environ sur 3 pouces 5 lignes d'épaisseur, avait érodé les extrémités sternales des trois premières côtes, le bout correspondant de la clavicule, le sternum lui-même dans son tiers supérieur; et néanmoins, il était complétement rempli de couches lamelleuses d'une consistance caséiforme. La carotide

---

(1) *The Amer. journ. of med. science*, Feb. 1837, p. 329; et *Archiv. de méd.* 1837, t. XIV, p. 367.

primitive était imperméable, bouchée par un caillot mince et allongé; la sous-clavière était oblitérée au-dessus de la ligature dans l'étendue d'un pouce environ; la ligature non encore tombée était retenue par la membrane externe de l'artère. Les petites hémorragies avaient eu lieu probablement par le retour du sang dans le bout inférieur par l'artère acromiale, qui naissait à 2 lignes au-dessous de la ligature.

Un tout petit canal, à la partie postérieure du sac, permettait au sang d'arriver de l'aorte dans la sous-clavière dont plusieurs branches paraissaient encore perméables (1).

8° Fearn lia la carotide, le 30 août 1836, chez une femme de vingt-huit ans, pour un anévrisme brachio-céphalique datant de cinq mois. Le pouls était presque insensible à la radiale droite; la compression de la carotide diminuait la dyspnée; celle de la sous-clavière restait à peu près sans résultat; le choix du vaisseau à lier était dès lors tout indiqué. La tumeur commença à diminuer vers le 5 septembre; le 9, la diminution était très-notable, les pulsations moins distinctes. Le 27, à peine y avait-il encore quelques battements; la dyspnée avait disparu, et la malade était si bien, que le chirurgien consentit à la laisser retourner chez ses parents (2).

9° Jusque-là, toute l'opération s'était bornée à lier l'une des deux branches terminales du tronc brachio-céphalique. Wickham les lia toutes deux pour la première fois en 1839. C'était chez un marin de cinquante-cinq ans, dont l'anévrisme datait de sept mois. La carotide fut liée le 25 septembre; la tumeur s'affaissa manifestement dès le même jour, et la dyspnée, résultat de la compression de la trachée-artère, se trouva aussi diminuée. Quinze jours après l'opération, la ligature tomba; le malade voulut quitter l'hôpital, promettant de revenir dans dix jours; mais il n'en fit rien, et ne reparut que le 27 novembre, inquiété par les progrès de la maladie. On lia la sous-clavière le 3 décembre; le soulagement fut immédiat et la tumeur avait diminué; mais le 7, il fut pris de délire, la tumeur augmenta. On conjura cet orage; la ligature tomba le 25; et le 5 février il voulut retourner chez lui. Le 15, il eut une hémorragie qui reparut le 16 et qui amena la mort. — A l'autopsie, on trouva l'anévrisme siégeant sur le tronc brachio-céphalique; le sternum et la clavicule en partie érodés; le sac s'était ouvert et avait ainsi donné lieu à l'hémorragie mortelle (3).

10° Ferguson eut à traiter, en 1841, un maçon de 56 ans, dont l'anévrisme remontait à trois mois environ. La compression de la carotide diminuait les battements; en y joignant la compression de la sous-clavière, la tumeur s'affaiblissait au point de rider les téguments. On jugea donc à propos de lier la carotide d'abord, en se réservant de lier plus

---

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1836, p. 47.

(2) *The Lancet*, 1836, p. 129; — *Archiv. gén. de méd.*, 1837, t. XIV, p. 261.

(3) *Med.-chir. Transactions*, vol. XXIII, p. 405; — *Archiv. gén. de méd.*, 1841, t. X, p. 495.

tard la sous-clavière, si cela était nécessaire. La ligature fut pratiquée le 22 juin 1841; la tumeur diminua tout d'abord, et les battements y devinrent moins distincts. Mais, dès le 27, apparut une bronchite avec toux fatigante; le 28, on pratiqua une saignée de 12 onces; et malheureusement le bandage mal appliqué permit au sang de couler jusqu'à la quantité de 27 onces; les accidents augmentèrent et la mort survint le 29 au soir. L'anévrisme siégeait à la partie supérieure du tronc brachio-céphalique, embrassant une petite partie de la sous-clavière; la carotide était saine. Déjà le sac était rempli par une masse fibrineuse (1).

11° Hutton lia la carotide droite, le 27 juin 1842, pour un anévrisme brachio-céphalique, dont les premiers symptômes remontaient au mois de mars de l'année précédente; le sujet était un homme de 47 ans. Pendant plusieurs jours après la ligature, on vit la tumeur diminuer graduellement; la dyspnée était également moindre, quand, au 22e jour, une hémorragie se fit par la plaie. On l'arrêta, elle revint; le 38e jour, il survint des frissons et des convulsions épileptiformes; le lendemain, la tumeur prit un grand accroissement; elle s'accrut derechef subitement le 65e jour, et enfin la mort arriva le 76e. A l'autopsie, on trouva la carotide droite remplie d'un caillot d'un pouce de long, bien qu'elle offrît des dépôts athéromateux au-dessus de la ligature, et que le point où la ligature avait été serrée fût resté ulcéré et sans adhérences dans l'artère. La sous-clavière contenait un caillot évidemment plus ancien que celui de la carotide; il est à remarquer cependant que le pouls n'avait cessé de battre à la radiale, seulement un peu moins fort qu'au bras gauche (2).

12° Vient ensuite, dans l'ordre des dates, l'observation qui m'est propre et qu'on a lue dans le dernier numéro.

13° M. Monteiro, dans son Mémoire sur la ligature de l'aorte abdominale, mentionne le cas d'une ligature de la carotide faite à Rio-Janeiro en 1844 par le docteur Bompani; et M. Vilardebo en a depuis adressé les détails à l'Académie de médecine. Le sujet était un nègre de 70 ans; après l'avoir soumis inutilement au traitement de Valsalva modifié, on lui lia la carotide le 30 octobre. Aussitôt après, le malade eut une syncope suivie d'une agitation telle qu'on crut devoir lui faire une large saignée. Le lendemain, la tumeur restant la même, on fit une nouvelle saignée poussée jusqu'à la syncope. Le 2 novembre, mouvement de fièvre, trois saignées de 4 onces chacune. Le 4, encore deux saignées de 4 onces chacune. On continua ainsi jusqu'au 11, où la faiblesse du sujet fit enfin suspendre les saignées. Le 16, il y eut deux petites hémorragies par la plaie, qui se renouvelèrent le 18; et le malade épuisé succomba le 20. A l'autopsie, on trouva un anévrisme de la carotide et un autre du tronc brachio-céphalique; tous deux presque

(1) *The Monthly Journal*, etc., nov. 1841; — *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XIII, p. 95.

(2) *Dublin med. Journal*, vol. XXV.

entièrement remplis de concrétions fibrineuses, sauf un conduit très-étroit qui livrait encore passage au sang.

14° M. Rossi paraît avoir lié vers ce même temps la carotide et la sous-clavière ensemble, pour un anévrisme que l'autopsie démontra appartenir au tronc brachio-céphalique ; la mort survint le 6e jour ; la carotide gauche et la vertébrale droite étaient oblitérées, en sorte que le sang n'abordait plus au cerveau que par la vertébrale gauche (1).

15° Enfin, Campbell a lié la carotide, le 8 mars 1845, chez un soldat de 48 ans, pour un anévrisme du même genre. Quelques minutes après la ligature, la tumeur avait entièrement disparu ; elle revint promptement, à la vérité, mais moins volumineuse. Malheureusement des accidents survinrent qui emportèrent le malade le 27 mars. — L'autopsie fit voir que déjà l'anévrisme avait érodé le sternum, et dépouillé de leur périoste les parties correspondantes de la clavicule et de la première côte (2).

En récapitulant tous ces faits, on voit d'abord qu'ils se partagent en trois catégories, selon les artères qui ont été soumises à la ligature. Ainsi, la carotide a été liée seule dix fois ; — la sous-clavière seule, deux fois ; — la carotide et la sous-clavière, trois fois ; mais une seule fois, dans le cas de Rossi, elles auraient été liées dans la même séance.

Avant tout, quelle a été la gravité de ces opérations en elles-mêmes ; en d'autres termes, combien de morts peut-on attribuer aux désordres produits par l'opération ?

La ligature de la carotide a causé six morts ; une le jour même de l'opération ; trois du cinquième au septième jour ; deux du vingtième au vingt et unième. C'est plus de moitié ; mais il faut considérer que la gravité de l'opération est singulièrement accrue par la gravité de la maladie. On peut même compter parmi les malades qui en sont réchappés celui de Wickham et le mien ; la proportion serait alors de six sur douze.

La ligature de la sous-clavière a eu également une mort sur deux ; ou bien, en comptant le cas de Wickham et le mien, deux sur quatre.

La ligature simultanée des deux artères, tentée une seule fois, a été suivie de mort le sixième jour.

Que, si maintenant nous recherchons les résultats de ce opérations sur l'anévrisme, il y aurait quatre guérisons après la ligature de la carotide, une après la ligature de la sous-clavière ; et deux nouvelles morts avant la guérison de l'anévrisme. Au total, cinq guérisons sur quinze.

Malheureusement il s'en faut que cette proportion soutienne un examen sérieux. Dans le cas d'Evans, l'extirpation consécutive des tumeurs siégeant au même point que l'anévrisme, laisse des doutes très-fondés sur la réalité de celui-ci. Le sujet de Morrison, malgré la dilatation du tronc brachio-céphalique, ne portait, à vrai dire, qu'un ané-

---

(1) *Journ. des Conn. médico-chir.*, 1844, t. II, p. 78.
(2) *Monthly Journ. of med. sciences*, 1845, p. 45.

vrisme de la carotide. Resteraient donc, en dernière analyse, le succès de V. Mott, qui n'assura au malade que six mois de vie; celui de Wardrop, compromis au bout d'un an par une récidive; et celui de Fearn, sur la durée duquel nous n'avons pas de renseignements.

Ce résultat est sans doute peu séduisant; et trois succès de ce genre sur treize opérations paraîtront à beaucoup de chirurgiens une raison suffisante pour abandonner l'opération et les malades. Cependant j'ose dire que l'examen plus attentif des faits est de nature à légitimer d'autres conclusions. En effet, l'on ne voit pas que l'opération ait jamais eu pour effet d'accroître l'anévrisme; et presque toujours, au contraire, elle a commencé par le diminuer. Ainsi, chez le sujet de M. Laugier, la tumeur avait diminué des deux tiers quand un accident tout à fait en dehors de l'opération emporta inopinément le malade. Le malade de Wickham paraissait être en voie de guérison lorsqu'il interrompit le traitement, et par ses imprudences fit faire à la maladie de nouveaux progrès. L'histoire de mon opéré est la répétition de celle de Wickham. L'anévrisme allait pareillement en diminuant chez les deux sujets de Fergusson et de Hutton, lorsqu'une bronchite et une saignée imprudente chez l'un, des convulsions chez l'autre, vinrent changer le cours des choses.

En résumé, il me semble que si l'on n'a pas compté plus de succès jusqu'à présent, ce n'est pas tout à fait, ni au péril de l'opération, ni à l'opiniâtreté de la maladie qu'il faut s'en prendre, mais quelquefois aux imprudences des malades, et peut-être aussi à un traitement mal dirigé de la part du chirurgien. Eût-on affaire à l'anévrisme poplité le plus simple, traité par la méthode de Hunter, il faut que la région soit maintenue immobile dans tout le cours du traitement; et il est prudent, longtemps après encore, de ne pas soumettre le membre à des exercices immodérés. Combien plus ces précautions sont-elles nécessaires dans un anévrisme brachio-céphalique traité par la méthode de Brasdor! Et où voit-on qu'elles aient été observées avec la rigueur que demande la gravité de la maladie! Je résumerais donc volontiers mon opinion en disant que ce n'est pas l'opération qu'il faut proscrire; mais qu'il faudrait proscrire autant que possible les imprudences du malade et les négligences du traitement consécutif.

Il y a une complication bien fréquente de l'anévrisme brachio-céphalique qui peut-être serait de nature à faire reculer l'opération; c'est l'érosion du sternum et de la clavicule. Mais, d'un côté, nous n'avons pas de signes capables de nous l'indiquer dans la majorité des cas; et encore les deux faits de Wardrop et de V. Mott montrent même, contre toute espérance, que ce n'est pas un obstacle absolu à la guérison.

J'aurais voulu appeler l'attention sur quelques circonstances de l'observation qui m'est propre; mais la longueur de ce travail m'avertit d'être court. Je ne sache pas qu'on ait noté jusqu'ici ces bosselures à l'extérieur de la tumeur, s'accroissant, se ramollissant, et finissant par

disparaître ; indices d'une invasion de sang liquide à l'extérieur de la masse fibrineuse déjà concrétée. Je n'ai pas vu signalés non plus ces détours de l'artère refoulée par la tumeur et jetée hors de son trajet normal ; déjà cependant j'en avais rencontré un cas dans un anévrisme de l'iliaque externe (1).

Sur le diagnostic différentiel des anévrismes du tronc brachio-céphalique *et de ceux de la crosse de l'aorte ;* par **T.-S. Holland.**

D'après les faits relatés dans l'article précédent, il semblerait que l'erreur de diagnostic dont les chirurgiens ont le plus à se défendre n'est pas celle dont M. Holland s'est spécialement occupé. Toutefois, il ne manque pas non plus d'exemples dans lequel les anévrismes du tronc brachio-céphalique ont été confondus avec les anévrismes de la crosse aortique. Le docteur Green avait étudié ces derniers en réunissant et analysant 12 cas bien observés. Sur les 45 cas d'anévrismes du tronc brachio-céphalique que M. Holland a rassemblés, il en a trié 24, les plus complets, complets surtout parce qu'ils sont terminés par l'autopsie. Voici maitenant le résultat des deux tableaux comparés, dont nous laisserons chaque lecteur tirer lui-même les déductions utiles au diagnostic différentiel.

Sur 24 cas d'anévrisme du tronc brachio-céphalique :	*Sur 12 cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte.*
1° *Tumeur* extérieure dans 21 cas ; dans les trois autres il n'en est pas fait mention. La tumeur était nettement circonscrite, et au-dessus du tiers interne de la clavicule et du sternum dans 20 cas ; dans 1 seul entre la seconde et la troisième côte du côté droit.	1° *Tumeur* extérieure dans 1 seul cas ; simple proéminence de la partie supérieure du sternum, ou réplétion de la région sous ou sus-claviculaire, dans 8 cas ; absence de tumeur ou d'élévation dans 4 cas.
2° *Déplacement du larynx ou de la trachée* dans 4 cas ; — *luxation de la clavicule* dans 4 cas.	2° Aucun déplacement de la trachée, ni de la clavicule.
3° *Congestion veineuse* du côté droit du corps dans 4 cas ; — jamais de congestion limitée au côté gauche.	3° *Congestion veineuse* générale au-dessus de la poitrine, dans 7 cas ; — dans 1 cas, élargissement des veines à la poitrine et au bras gauche exclusivement.
4° *Dyspnée* plus ou moins intense, dans 19 cas ; — *toux* dans 15 cas ; — *hémoptysie* dans 2 cas, dont un avec des tubercules pulmonaires suppurés ; — *altération de la voix* dans 10 cas.	4° *Dyspnée* plus ou moins intense dans 11 cas ; — *toux* dans les 12 cas ; — *hémoptysie* dans 2 cas, sans tubercules ; — *voix altérée* dans 6 cas.
5° *Dysphagie* dans 10 cas.	5° *Dysphagie* dans 9 cas.
6° *Douleur* au-dessus de la poitrine	6° *Douleur* au-dessus et autour de la

(1) Voir *Journal de chirurgie*, t. IV, p. 2.

dans 1 cas ; — au côté gauche de la tête et du cou dans 1 cas ; — au côté droit de la tête et du cou, et au bras droit dans 12 cas ; — douleur commençant au côté droit de la tête et du cou et au bras droit, puis s'étendant finalement au côté gauche dans 2 cas.

poitrine dans 8 cas ; — limitée au côté gauche de la poitrine, dans 1 cas ; — *jamais* au côté droit de la tête et du cou, ni au bras droit ; — *jamais* passant du côté droit du corps au côté gauche.

7° *Œdème* du bras droit dans 4 cas ; — commençant au bras droit et s'étendant au gauche, 1 cas ;—du côté droit de la face et du bras gauche, 1 cas. — Pas d'œdème de la glotte.

7° Jamais d'œdème limité au bras droit ; — œdème des deux bras, 2 cas ;— des lèvres et des malléoles, 1 cas, et des paupières dans un autre ; — œdème de la glotte, 2 cas.

8° *Engourdissement* du bras gauche, 1 cas ; — commençant dans le bras droit et s'étendant au gauche, 2 cas ; — *paralysie* partielle du sentiment et du mouvement dans le bras droit, 4 cas.

8° *Engourdissement* du bras gauche, 1 cas ; — des deux bras, 1 cas ; —jamais de paralysie du mouvement et du sentiment dans le bras droit.

9° Les *pulsations* dans les artères radiale, brachiale, sous-clavière ou carotides droites, plus faibles que dans les artères correspondantes du côté gauche, 19 cas ; — plus faibles à l'artère radiale gauche, 1 cas ;— absentes dans les deux carotides, 1 cas.

9° Les *pulsations* dans l'artère radiale gauche plus faibles que dans la droite, 3 cas ;—plus faibles dans la radiale droite que dans la gauche, 2 cas.

10° *Respiration* striduleuse ou sifflante, 5 cas ; — Son mat à la percussion dans la partie du thorax occupé par la tumeur, 5 cas ;— murmure respiratoire plus faible dans le poumon droit, 1 cas.

10° *Respiration* striduleuse ou sifflante, 8 cas ; — son mat dans la partie du thorax occupée par la tumeur, 9 cas ; — murmure respiratoire plus faible dans le poumon gauche, 8 cas ;—dans le poumon droit, 1 cas.

11° *Dans la tumeur, un double bruit* entendu à l'auscultation, pareil aux bruits du cœur, 6 cas ; — un murmure artériel anormal, 10 cas ; — dans trois cas il est établi qu'on n'avait pas ouï de murmure anormal.

11° *Dans la tumeur*, un double bruit pareil aux bruits du cœur, 1 cas ; — un murmure artériel anormal, 8 cas ; — absence constatée de ce murmure dans 4 cas.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

NOTE SUR LE MUGUET ; *par* M. GUBLER.

Depuis quelques années, les esprits se préoccupent des maladies qui semblent résulter de la présence des végétaux d'un ordre inférieur sur les plantes de nos cultures.

L'opinion généralement accréditée à cet égard, c'est que ces végétaux inférieurs, appartenant à la famille des mucédinées ou des algues, attaquent les autres plantes plus élevées dans l'échelle, et déterminent dans celles-ci des altérations profondes qui finissent par les faire périr.

Mais cette manière de voir ne nous paraît pas suffisamment justifiée.

En 1851, nous avons fait, en commun avec nos savants collègues MM. Germain et Montagne, un rapport à la Société de biologie, dans lequel nous avons établi que l'altération du chaume précède, dans la maladie du blé, l'apparition des byssus, qui passent pour en être la cause première; nous pensons qu'il en est de même dans la maladie des pommes de terre et dans d'autres cas analogues.

Les détails dans lesquels nous allons entrer relativement au muguet montreront que les choses se passent de la même façon pour les parasites végétaux qu'on observe chez l'homme, parasites dont nous avons découvert récemment une nouvelle espèce, dans des circonstances assez singulières, que nous avons fait connaître à la Société.

Les expériences de Dutrochet ont établi que les végétaux inférieurs naissent de préférence dans les liquides acides, et tous ceux qui ont fait des recherches dans un laboratoire de chimie ont vu des faits confirmatifs de ses observations. Frappé de ces résultats curieux, je résolus de vérifier, dans des cas pathologiques, la règle générale posée par l'illustre savant. Les nombreux exemples de muguet qui se présentèrent dans le service des nourrices de l'hôpital Necker pendant l'année 1847 m'en fournirent l'occasion.

Je m'assurai qu'en effet les enfants affectés de cette singulière altération ont toujours une extrême acidité de la bouche. Le mucus qui tapisse la langue, les joues ou toute autre partie de la cavité bucco-pharyngienne, rougit énergiquement le papier de tournesol, même au moment où l'enfant vient de téter. Cette réaction se montre avant qu'on aperçoive aucune trace de muguet; mais alors il existe déjà une rougeur framboisée très-intense des membranes muqueuses qui tapissent cette première portion des voies digestives; en sorte que l'on peut prévoir l'invasion du cryptogame quand on trouve réunies ces deux particularités.

Ayant été appelé à faire l'autopsie de plusieurs petits sujets qui avaient succombé pendant qu'ils étaient affectés du muguet, j'ai pu faire aussi quelques remarques sur le siége précis de ces productions. Sans entrer dans le détail des observations particulières, je crois pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° L'affection connue sous le nom de muguet débute par une certaine phlogose de la partie supérieure des voies digestives;

2° Cette phlogose paraît déterminer la suppression de la sécrétion salivaire, qui est alcaline, et peut-être l'exagération de l'acidité propre au mucus buccal, lequel continue à être sécrété et manifeste sa réaction énergique au papier de tournesol;

3° En présence de cette acidité constante de la bouche, secondée par une température assez élevée, des végétations cryptogamiques ne tardent pas à se développer sur la face dorsale de la langue, le palais, le voile palatin et même le pharynx, sur la portion de la face interne des joues qui est comprise entre les arcades dentaires, lorsque les mâchoires sont écartées, et sur la partie des lèvres qui déborde les gencives ou les dents;

4° Il est à remarquer que les points de la bouche ordinairement préservés sont les seuls qui ne soient pas directement accessibles à l'air atmosphérique. L'influence de cet agent sur la production des mucédinées du muguet est si réelle, que je n'ai rencontré qu'une fois ces dernières dans l'œsophage et jamais dans l'estomac, où elles ne pourraient d'ailleurs subsister qu'en l'absence du suc gastrique;

5° Ces mucédinées prennent naissance dans l'intérieur des glandules qui s'ouvrent à la surface de la langue, des lèvres et des autres parties de la bouche, ainsi que dans l'enduit saburral qui tapisse le premier de ces organes. Les

cellules épithéliales et les grumeaux de caséum coagulé qui constituent cet enduit, de même que le mucus altéré des glandes, représentent une sorte d'*humus* approprié au développement de ces faux parasites ;

6° Leurs filaments, nés dans une cavité glandulaire, en augmentant de longueur et de nombre, remplissent d'abord cette cavité, et s'échappent ensuite à travers le goulot du follicule pour se répandre au dehors sous forme d'une petite éminence arrondie d'un blanc laiteux ; de façon que l'ensemble de la production rappelle assez bien la forme d'une grenade ;

7° Si l'orifice est trop étroit, les filaments byssoïdes distendent la glande outre mesure et en amincissent les parois, à ce point qu'ils semblent former des tumeurs sous-épithéliales. Je n'ai jamais vu nettement des grains de muguet situés entre l'épithélium soulevé et la surface du derme muqueux ; toutefois je suis loin de contester la possibilité de cette variété de forme ;

8° Il ressort de tout ce qui précède que les mucédinées du muguet n'attaquent pas les tissus vivants, mais qu'elles se développent simplement au milieu de détritus organiques dans des conditions déterminées, et que leur apparition n'est qu'un épiphénomène dans la maladie.

(*Comptes-rendus de la Société de biologie.*)

OBSERVATION DE CHLORO-ANÉMIE MERCURIELLE RAPIDEMENT GUÉRIE PAR LE FER ; *par* M. PASSOT, *de Lyon.*

M. Passot appelle *chlorose mercurielle* un état de dissolution du sang produit par le mercure, et présentant avec la chlorose, sous le rapport des symptômes, l'identité la plus parfaite. Voici le fait :

OBS.—M. Renel, trente-huit ans, d'un tempérament lymphatique-nerveux, miroitier, était soumis aux émanations mercurielles, soit en assistant à l'étamage des glaces, soit en se livrant lui-même à cette opération.

Le 8 mai dernier, il se présenta à M. Passot dans l'état suivant : pâleur extrême de la face et décoloration complète des muqueuses ; on dirait un homme exsangue par suite d'une abondante hémorragie qui viendrait d'avoir lieu. Les ongles sont d'un blanc mat, absolument comme ceux d'un cadavre. Le regard est éteint ; les paupières, humides de larmes, indiquent un abattement moral profond. Le pouls est petit, précipité ; la soif très-vive, l'appétit nul. Il y a des palpitations, de la dyspnée, des douleurs nerveuses à la tête, à l'estomac, un œdème très-prononcé des extrémités inférieures, et une faiblesse générale, tout à fait en rapport avec l'abattement moral. On percevait parfaitement la vibration sonore signalée par M. Bouillaud, c'est-à-dire le bruit de souffle à double courant le long des artères carotides, aussi fort du côté gauche que du côté droit. Du reste, pas d'engorgement des gencives ni de salivation ; point d'aphthes ni la moindre ulcération buccale, pas même de saveur métallique, mais un peu de tremblement nerveux. Il n'y avait eu d'hémorragie par aucune voie.

Prescription : 1° *Tartrate ferrico-potassique*, 10 *gr.*; *sirop de sucre*, 400 *gr.*; *eau de cannelle*, 10 *gr.*; *une cuillerée à soupe chaque jour à déjeuner et à dîner;* — 2° *Eau de Spa coupée avec du vin pour boisson pendant les repas;* — 3° *Régime fortifiant consistant principalement dans l'usage des consommés, des viandes grillées ou rôties et des œufs;* — 4° *La campagne.*

Dès le second jour de ce traitement le malade voyait déjà l'appétit renaître et la digestion s'opérer. Au bout de la première huitaine, son état s'était de beaucoup amendé. Enfin, le 5 juin, il ne restait rien de tout ce cortége de symptômes causés par l'intoxication hydrargyrique. Ainsi, les membranes muqueuses, la face, le système cutané et les ongles avaient repris leur teinte rosée ; les fonctions digestives s'exécutaient parfaitement ; la soif ardente qui dévo-

rait le malade, l'œdème des extrémités, l'anhélation, les bruits artériels et les troubles nerveux avaient disparu ; enfin, M. Renel avait recouvré sa force physique et morale.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. M. Passot en déduit les conséquences suivantes :

1° Que l'expression de *chlorotique*, ou si l'on veut de *chloro-anémique*, peut aussi s'appliquer à l'homme ;

2° Que le mercure se vaporise à toutes les températures, et que, sans être à l'état de vapeurs produites par l'ébullition, il peut produire l'intoxication ;

3° Que cette intoxication peut exister sans phlegmasie préalable des gencives et des glandes salivaires, sans même que celui qui en est affecté perçoive la moindre saveur métallique ;

4° Enfin, que le fer, qui agit en sens inverse du mercure, est le meilleur moyen pour guérir la chlorose ou cachexie hydrargyrique, et pour réparer l'appauvrissement du sang qui résulte du traitement spécifique longtemps prolongé chez les personnes qui ont été ou sont encore atteintes de syphilis.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

NOUVEAU RÉACTIF POUR LE DOSAGE DE L'URÉE DANS L'URINE ; *par* M. LIEBIG.

Il est peu de questions plus intéressantes pour la médecine que celle du dosage de l'urée, parce qu'il est peu de maladies qui n'aient pour effet de modifier, d'une manière plus ou moins notable, la proportion de ce principe constituant dans l'urine. Ce serait donc rendre un immense service à l'art de guérir que d'offrir aux médecins un moyen rapide et sûr d'effectuer ce dosage.

Déjà bien des méthodes ont été indiquées ; mais aucune n'atteint parfaitement le but proposé. Les unes pèchent par trop de complication, les autres par défaut d'exactitude. Une des meilleures consiste à convertir l'urée en carbonate d'ammoniaque, et à déterminer l'azote par les moyens connus. Mais il est visible qu'un pareil procédé exige une manipulation trop longue et trop délicate pour être à la portée des médecins : aussi n'y a-t-on recours que dans les cas très-rares où l'on veut une analyse exacte et rigoureuse.

Le professeur Liebig a vu que l'urée se combinait au nitrate de bioxyde de mercure pour former un composé insoluble, et il a fondé sur cette simple observation une méthode, sinon parfaitement exacte, au moins parfaitement commode, pour évaluer rapidement la proportion d'urée contenue dans l'urine.

On commence par préparer une dissolution de nitrate de mercure bien neutre dans l'eau distillée, de manière à obtenir une liqueur normale et titrée que l'on réserve à part. Puis, quand on veut examiner une urine au point de vue de la proportion d'urée qu'elle renferme, on y verse peu à peu cette liqueur normale jusqu'à cessation de précipité. La quantité de liqueur normale qu'il a fallu dépenser pour arriver à ce terme, donne jusqu'à un certain point la mesure de la proportion d'urée. Il y a, toutefois, une attention à avoir : le précipité qui se forme est composé, ainsi que l'a vu M. Liebig, de

1 équivalent d'urée,
1 équivalent d'acide nitrique,
1 équivalent de bioxyde de mercure ;

D'où il résulte que, pour chaque équivalent d'urée précipité dans le composé nouveau, il doit y avoir et il y a en effet 3 équivalents d'acide nitrique qui deviennent libres dans la liqueur. Or, la présence de cet acide libre forme un obstacle sérieux à l'action ultérieure du nitrate, si bien qu'au moment où ce précipité cesse de se former, il y a encore beaucoup d'urée qui n'est pas entrée dans la combinaison nouvelle, et qu'on ne peut précipiter à son tour qu'après avoir saturé l'acide libre. On le fait à l'aide d'eau de baryte qu'on verse progressivement, en ayant soin de ne pas

dépasser le terme de la saturation. On peut alors ajouter une nouvelle quantité de liqueur normale pour obtenir un nouveau précipité; et c'est ainsi que, par des additions successives de liqueur normale et d'eau de baryte, on arrive à précipiter la totalité de l'urée contenue dans l'urine. C'est alors que la quantité de liqueur normale fournit une mesure suffisamment exacte de la proportion d'urée.

Ce procédé a été répété par le docteur Hoffmann, qui en a rendu un compte très-favorable dans un rapport fait à la Société chimique de Londres, le 19 janvier dernier.

(*Journal de pharmacie.*)

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'IODE, *par le docteur* J. HANNON.

Nous avons reproduit, dans notre dernier Numéro, les essais de M. Chesneau pour traiter les tumeurs blanches avec la vapeur d'iode. C'est un mode d'administration du même genre que préconise M. Hannon, mais, d'une part, avec une bien plus grande simplicité, et, d'autre part, avec des indications bien plus générales.

L'iode, en effet, présente une propriété bien précieuse et jusqu'à présent trop négligée; nous voulons parler de sa facile volatilisation à la température ordinaire, et de l'absorption facile de sa vapeur par la peau. Jusqu'ici, on ne l'a guère administré qu'à l'intérieur, et l'on sait pourtant combien de malades ne peuvent le supporter. Lors même qu'il y a eu d'abord une tolérance apparente, souvent, surtout chez ceux dont l'estomac ou les intestins sont quelque peu irritables, il survient un mal de gorge plus ou moins intense, qui est le prélude des troubles qui surviendront du côté du tube digestif et des voies respiratoires.

C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Hannon a renoncé à l'administrer à l'intérieur sous quelque forme que ce soit. Toujours il le fait pénétrer en nature dans l'organisme par le système cutané, et il dit s'en trouver beaucoup mieux que lorsqu'il le donnait à l'intérieur.

Reste le mode d'application. On a bien essayé d'appliquer l'iode sous forme de teinture ou de pommade; l'iode appliqué ainsi sur la peau l'irrite, l'enflamme, provoque des affections éruptives et s'absorbe mal. Le malade se refuse bientôt à cette médication. Si, au contraire, on force la vapeur d'iode à pénétrer dans l'organisme par la peau, sans y appliquer immédiatement l'iode, celle-ci ne subit aucune irritation, et l'on peut faire absorber continuellement et pendant aussi longtemps qu'on le voudra telle quantité d'iode que l'on jugera convenable. Voici donc comment M. Hannon procède.

« Quelques grumeaux d'iode (de cinq à vingt grains) doivent être renfermés dans une feuille d'ouate d'un décimètre carré environ; on dépose à cet effet l'iode sur l'ouate et on replie celle-ci sur elle-même de façon à renfermer l'iode entre deux faces de la feuille; cette opération terminée, on coud l'ouate et son contenu dans un morceau de toile de façon à former un sachet. C'est ce sachet qui, appliqué sur la région où existe l'engorgement, constitue tout l'appareil nécessaire à la médication iodée.

« Il est indispensable que l'iode soit maintenu entre deux lames d'ouate. S'il était tout simplement dans de la toile, et s'il était ainsi appliqué sur la peau, il ne tarderait pas à produire une phlegmasie du derme et des ampoules remplies de sérosité, comme ferait l'ammoniaque ou la teinture de cantharides. Contenu par de l'ouate, au contraire, les vapeurs seules arrivent à la peau et la pénètrent, sans l'irriter, avec une incroyable rapidité.

« Au bout de quelques jours apparaissent des symptômes d'excitation générale fort sensibles. La peau devient plus chaude, la circulation plus active; les sécrétions augmentent et renferment toutes de l'iode à dose très-marquée.

« Lorsqu'on applique un tel sachet, il est une précaution à prendre, si l'on ne veut s'exposer à voir bleuir fortement le

linge du malade. Les vapeurs d'iode s'échappent de toute la périphérie du sachet, et il est évident que la moitié du médicament au moins passera dans les vêtements, se combinera à l'amidon de la chemise et la tachera en bleu ou en violet. Pour éviter ce petit désagrément, il suffit d'interposer entre la toile et le sachet un morceau plus ou moins étendu de taffetas gommé ou une lame très-mince de gutta-percha. De la sorte toute la vapeur d'iode pénètre dans l'économie. Les vêtements n'enlèvent rien, ou du moins presque rien.

« L'iode administré de cette manière agit avec une extrême rapidité, comme il est facile de s'en assurer dans le traitement du goître et de l'adénite strumeuse. J'ai maintes fois administré l'iode de la sorte contre ces affections, et dans tous les cas j'ai obtenu les résultats ordinaires du traitement par l'iode à l'intérieur, sans jamais en éprouver les inconvénients.

« L'iode, pour agir de cette manière n'a pas besoin d'être appliqué *loco dolenti*. Le sachet fixé dans le voisinage de la tumeur suffit; nous avons vu diminuer ainsi rapidement un goître à la suite d'une application du sachet sur la poitrine. Nous avons observé le même effet au sujet d'une adénite commençante de la région maxillaire gauche. Un sachet suspendu sur la région susclaviculaire du même côté, a suffi pour faire disparaître presque complètement en trois mois la manifestation scrofuleuse. »

M. Hannon a porté ses vues plus loin. Dans certaines localités de la Belgique, l'iode manque soit dans l'air, soit dans l'eau; aussi le goître et le crétinisme y règnent endémiquement. Ne serait-ce point là le cas, dit-il, d'essayer le traitement par l'iode comme nous l'indiquons? on pourrait être certain au moins de n'occasionner aucun trouble du côté des voies digestives.

(*Presse méd. belge.*)

Chirurgie.

Nouveau mode opératoire pour l'ablation des tumeurs sous-cutanées mobiles (*Procédé du nœud coulant*); par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Parmi les divers procédés au moyen desquels le chirurgien pratique l'ablation des tumeurs placées sous la peau, il en est un qui est habituellement aussi simple qu'expéditif, et qui consiste à fendre du même coup et par transfixion la tumeur et la peau; puis, quand cette tumeur est un kyste, à saisir successivement chacune des moitiés de celui-ci avec une bonne pince, et à les extraire par une avulsion brusque. Ce procédé ne semble laisser que peu à désirer sous le rapport de la prestesse et de la netteté d'exécution; mais il offre, dans l'application, quelques inconvénients réels. Souvent il arrive, et c'est ce que l'on observe particulièrement dans les loupes, que les parois du kyste, étant friables, se déchirent facilement, et, alors, le chirurgien est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois. Le procédé manque son effet, et perd tout ce qu'il a de brillant. Dans d'autres circonstances, l'arrachement brusque de la tumeur peut entraîner des désordres véritablement fâcheux. En effet, si, malgré la mobilité de son ensemble, la tumeur a contracté, par quelques-uns de ses points, des adhérences fortes, soit avec des aponévroses, soit avec le périoste, on peut déchirer ces dernières membranes, ou les décoller dans une étendue assez considérable pour qu'il résulte de cet accident quelques conséquences fâcheuses. Afin d'éviter ce danger, nous avons eu recours à un procédé opératoire que nous allons décrire. C'est un mode d'énucléation que nous appelons procédé du *nœud coulant*, et qui repose sur la combinaison suivante.

Il est bien convenu que ce procédé

n'est applicable qu'à des tumeurs sous-cutanées mobiles.

Il comprend trois temps distincts :

1° Une incision ; 2° la pédiculisation de la tumeur, ou l'établissement du nœud coulant ; 3° la constriction expulsive qu'exerce ce dernier.

Premier temps. — Parmi les tumeurs sous-cutanées mobiles, il en est à la surface desquelles la peau n'est pas étroitement juxtaposée; elle y est même quelquefois tellement lâche qu'on peut facilement lui faire faire un pli à la surface de la tumeur, et diviser celui-ci sans intéresser aucunement les parois du kyste, si kyste il y a. Dans d'autres cas, et c'est souvent ce qu'on observe pour les loupes ou tannes, soit au cuir chevelu, soit à la face, la peau est si étroitement juxtaposée à la tumeur qu'il serait difficile de ne pas ouvrir la paroi du kyste, si l'on ne prenait pas quelque précaution particulière. Cette précaution consiste à faire, sur l'un des points où la peau est le moins tendue, une petite incision que l'on agrandit, soit après un décollement fait au moyen de la sonde cannelée, soit par l'introduction d'une branche de ciseaux boutonnée ou mousse. Cette incision est, du reste, proportionnée au volume de la tumeur, et d'une étendue suffisante pour que cette dernière puisse y passer librement.

Deuxième temps. — Ou la tumeur présente un pédicule tout formé, ou elle est sessile ; dans ce dernier cas, il faut la ramener à la condition de tumeur pédiculée. Pour ce faire, une pince à polypes, ou tout autre instrument à baguette, saisit la tumeur à travers la peau, de manière à la détacher, en quelque sorte, des parties profondes, et fait subir aux téguments un pincement par suite duquel se forme un pli cutané qui renferme la tumeur. On passe alors, en deçà des branches de la pince, un cordonnet de soie bien lisse et enduit d'un corps glissant, savon, suif, mucilage de graines de lin, etc. On peut consacrer au même usage une corde à boyau. On peut encore former le pédicule en passant circulairement à la base de la tumeur, sept à huit tours de fil sans aucun nœud ; puis, quand l'encoche du pédicule est bien formée, grâce à ce procédé préliminaire, on met sur le lieu occupé par les tours de fil le lacet de soie, dont le glissement expulsif se fait très-bien ; si les tours de fil gênent la manœuvre, on les coupe, ou on les déroule successivement, puisqu'il n'y a pas de nœud. Le cordonnet est disposé alors de manière à représenter un nœud simple, sur les deux chefs duquel on exerce une forte traction, qui a pour effet de convertir la base du pli qui a été fait, en un pédicule plus ou moins volumineux, mais toujours arrondi.

Troisième temps.—Si dans ces conditions, on enlève l'instrument qui a servi à effectuer la pédiculisation de la tumeur, et si l'on continue à serrer le cordonnet, on remarque que la tumeur, bien soulevée et enveloppée dans son sac tégumentaire, serré à la gorge par un nœud non arrêté, dont on augmente la constriction d'une manière progressive, tend à s'échapper par l'ouverture faite dans le premier temps, et finit par s'énucléer d'une manière complète, et en quelque sorte par expression, *quâ data porta*, c'est-à-dire par l'ouverture faite au tégument.

Nous pouvons assurer que cette manœuvre réussit parfaitement bien, et, sur les deux malades qui y ont été soumis jusqu'à présent, elle n'a présenté aucune difficulté. Il y a plus, un kyste mélicérique du cuir chevelu, dont la paroi avait été ouverte contre notre intention, et qui avait laissé échapper une partie de son contenu, à pu être expulsé sans se vider.

On voit donc que cette méthode de l'énucléation *à tergo* est préférable, sous plusieurs rapports, à celle de l'arrachement proprement dit.

Nous saisirons l'occasion de ce procédé d'ablation des tumeurs pour en indiquer un autre que nous mettons quelquefois en usage quand il s'agit d'enlever de

petites tumeurs pédiculées, très-disposées à la récidive par leur nature. Il importe, dans les cas de ce genre, non-seulement de couper le pédicule dans sa racine, mais encore de faire subir à la portion de tégument qui la supporte une perte de substance qui mette plus sûrement à l'abri d'une récidive. Voici comment nous procédons : un ténaculum est implanté dans le pédicule de la tumeur, au ras de la peau; en tirant sur ce ténaculum, il se forme un pli; à la base de ce pli, nous faisons pénétrer une épingle à suture. Cela fait, le pédicule de la tumeur est bien tendu, et alors, d'un seul coup de bistouri ou de ciseau, nous exécutons la section entre le ténaculum et l'épingle. Celle-ci étant, comme nous l'avons dit, implantée dans la base du pli fait à distance du pédicule, il y a certitude d'une éradication complète. L'épingle devient, par l'emploi immédiat d'un point de suture entortillée, le moyen de réunion de la petite plaie.

Nous avons opéré ainsi un grand nombre de petites tumeurs, soit érectiles, soit verruqueuses, pédiculées ou non pédiculées. La récidive n'a pas eu lieu.

(*Bull. gén. de thérap.*)

DE L'EXTRACTION DES CATARACTES FAUSSES MEMBRANEUSES SECONDAIRES AU MOYEN DE LA SERRETÈLE ; *par* M. DESMARRES.

Lorsqu'une cataracte fausse membraneuse s'est formée à la suite d'une opération de cataracte lenticulaire, la première pensée du chirurgien est d'introduire dans l'œil une aiguille ordinaire pour diviser, s'il se peut, et abaisser ce nouvel obstacle à la vision. Si la fausse membrane se laisse éloigner facilement de l'iris, que ses adhérences avec ce diaphragme soient divisées, la pupille reprend à l'instant même sa forme circulaire, et il n'y a qu'à entraîner la cataracte de haut en bas, qu'à l'abaisser en un mot, pour débarrasser complétement la pupille. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Qui n'a pas vu une fausse membrane séparée de toutes ses adhérences, facilement entraînée par l'aiguille au-dessous de la pupille, remonter toujours, et à l'instant même, dans cette ouverture, malgré les nouveaux efforts du chirurgien? Qui n'a pas vu encore ces autres fausses membranes secondaires retenues à l'iris par un filament extensible, se laisser déprimer où l'on veut sans aucune difficulté, et remonter dans la pupille aussitôt que l'on abandonne la pression; ressemblant parfaitement à une petite soupape jouant sous l'action de l'aiguille, et revenant inévitablement fermer de nouveau la pupille aussitôt que l'instrument s'éloigne? Il n'y a certainement pas de chirurgien lisant ces lignes qui n'ait éprouvé personnellement ce moment de torture morale pendant lequel, l'instrument étant encore dans l'œil, on se dit que l'on vient de faire une opération absolument nulle et absolument inutile, et qu'il faudra, sinon la recommencer plus tard, au moins en chercher une autre au moyen de laquelle on rendra enfin la vue à l'œil que l'on aura tant de fois opéré.

La *serretèle* offre alors une précieuse ressource.

Mais d'abord que veut dire ce nom, et quelle est l'origine de l'instrument? *Serretèle*, comme qui dirait *serre-toile*, signifie que l'instrument est destiné à saisir la toile opaque de la fausse membrane; c'est M. Desmarres qui a trouvé ce mot ingénieux. Quant à l'instrument, M. Charrière et M. Luër s'en disputent l'invention; M. Desmarres paraît disposé à juger en faveur de M. Charrière.

Quoi qu'il en soit, la *serretèle* n'est autre chose qu'une pince très-déliée et pourtant très-forte, montée sur un manche, et sur les branches de laquelle vient glisser, pour les maintenir rapprochées, une petite canule mobile. Les branches et la canule ont dans leur ensemble, lorsque l'instrument est fermé, un diamètre si petit, qu'on peut les introduire dans une piqûre d'aiguille à cataracte ordinaire. Quand l'instrument est ouvert, ce que l'on obtient par un

mouvement de recul de la canule, les branches s'écartent de manière à laisser entre elles un espace triangulaire dont les côtés formés par les deux branches n'ont pas plus de 3 millimètres de longueur, dont le sommet est emprisonné dans la canule même, et dont la base, mesurée par l'écartement des mors, n'a guère que 3 millimètres. Quant au glissement de la canule sur les branches, on l'obtient au moyen d'une pression convenable du pouce sur une petite bascule placée au milieu du manche de l'instrument. Ce manche est de même forme et à peine un peu plus gros que celui de l'aiguille à cataracte ordinaire.

Pour décrire la manœuvre avec la *serretèle*, prenons les choses au moment où l'opérateur, fatigué de déprimer la cataracte sans résultat, est sur le point de retirer l'aiguille de l'œil.

L'aiguille à cataracte, ramenée dans la pupille, y est tout aussitôt suivie par la fausse membrane qui se relève, ou qui vient par un mouvement de bascule remplir de nouveau cette ouverture. Le chirurgien se dispose alors à retirer l'aiguille, la ramène à lui, et s'arrête quand il reconnaît que le collet de l'instrument est engagé dans la plaie scléroticale. Il presse alors avec le tranchant de l'aiguille sur l'angle postérieur de cette plaie, pour l'agrandir un peu afin de rendre plus facile l'introduction de la *serretèle* dans l'œil, et surtout la sortie de la cataracte fausse membraneuse, quand elle aura été saisie. L'aiguille est abandonnée aussitôt et remplacée par la *serretèle*, que le chirurgien saisit comme une plume à écrire et introduit dans l'œil par la petite plaie scléroticale, en ayant soin, jusque-là, de tenir les mors de la pince exactement rapprochés l'un de l'autre. L'extrémité de l'instrument est conduite tout près du bord de la fausse membrane, que l'on pousse au besoin pour qu'elle se présente convenablement, et la pince ouverte aussitôt se referme sur la cataracte, qu'une pression convenable du pouce sur la bascule contenue dans le manche de l'instrument maintient solidement saisie. Le chirurgien entraîne alors doucement la fausse membrane en ramenant à lui la *serretèle*, et prend le plus grand soin, s'il veut éviter de briser dans la plaie scléroticale les débris de la cataracte, 1° de faire sortir l'instrument exactement par le milieu de cette plaie, et non en l'appuyant contre l'un de ses angles ; 2° de tenir les mors horizontalement dans la plaie pour éviter à la cataracte le frottement des lèvres de celle-ci ; 3° de tirer brusquement l'instrument au dehors quand les deux conditions ci-dessus sont remplies, afin que la plaie de la sclérotique, en quelque sorte surprise, n'ait pas eu le temps de revenir sur la cataracte.

M. Desmarres a employé souvent la *serretèle* sur des malades qui lui ont été, les uns confiés par d'honorables confrères, les autres amenés par le hasard, et il n'a eu qu'à s'applaudir d'avoir mis en pratique cet instrument dont la manœuvre est des plus faciles. Il en est même si satisfait, qu'il n'entreprendra jamais de faire une opération de cataracte fausse membraneuse secondaire sans l'avoir sous la main.

(*Ann. d'oculistique.*)

EXTIRPATION D'UN OVAIRE DROIT HYDROPIQUE ET FORTEMENT ADHÉRENT AUX PARTIES ENVIRONNANTES ; *par* M. QUITTENBAUM, professeur à l'Université de Rostock.

M. Quittenbaum avait déjà publié, en 1835, un cas d'extirpation de l'ovaire pratiquée avec succès. Mais, jusqu'ici, l'une des conditions jugées essentielles pour cette opération était l'absence d'adhérences étendues ; et l'on sait que plusieurs opérateurs, après l'incision des parois abdominales, avaient renoncé à passer outre, à cause d'adhérences trop nombreuses de l'ovaire aux parties environnantes. Dans son nouvel essai, M. Quittenbaum n'a pas reculé devant de tels obstacles, et il n'en a pas moins

réussi. Voici cette observation curieuse, extraite de la thèse de M. Quittenbaum fils (Rostock, 1850), et publiée par la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Obs. — « Le 13 juillet 1842, dit M. Quittenbaum, je reçus la visite de la femme Pohfeldt, de Crœplin. Cette femme, âgée de 36 ans, mère de trois enfants, dont deux étaient en vie et bien portants, avait un ventre extrêmement volumineux et difforme. Elle me raconta que, lors de sa dernière couche, il y avait cinq ans passés, elle avait éprouvé, au-dessus de l'aine droite, une douleur circonscrite ; que, bientôt après, elle avait senti dans cette région une tumeur qui avait augmenté insensiblement de volume, au point d'envahir finalement tout le ventre. Dans le moment où je la vis, l'abdomen avait 3 aunes de circonférence ; il était tendu et fluctuant. Pas d'œdème des extrémités inférieures ; selles rares, urines peu abondantes, menstruation normale. La malade était gênée dans toutes les positions ; elle avait de la peine à marcher, et ne pouvait pas non plus rester longtemps assise Toutes sortes de remèdes avaient déjà été employés, mais sans être suivis d'aucune modification de la maladie. Les préparations d'iode avaient augmenté le malaise général.

« Le 17 juillet, je fis la paracentèse à gauche, au lieu d'élection. Je retirai par ce moyen 31 litres de liquide un peu épais, brunâtre, mélangé de caillots de sang. La paroi abdominale s'étant affaissée, et devenue très-flasque, je pus facilement distinguer, dans le côté droit du bas-ventre, une tumeur formée par le sac qui venait d'être vidé en grande partie. La femme P. retourna chez elle le 17 août, un mois après avoir été ponctionnée. Dans l'intervalle, je lui avais prescrit un traitement dans le but de faciliter les sécrétions urinaire et cutanée, et d'entretenir la liberté du ventre.

« Elle revint me voir le 14 septembre. Son ventre était de nouveau distendu comme avant la ponction que je lui avais faite le 17 juillet. Convaincu qu'il n'y avait d'autre moyen de la guérir radicalement, je lui proposai l'extirpation de l'organe malade. Elle y consentit ainsi qne son mari qui l'avait accompagnée cette fois.

« Le 15 septembre, je fis mes préparatifs pour l'opération. Mon appareil se composa : 1° de trois bistouris ; un convexe, un droit et un bistouri boutonné recourbé de Richter pour la hernie étranglée ; 2° de deux crochets-mousses d'Arnaud ; 3° de ciseaux coudés et de ciseaux droits à pointes mousses ; 4° de tenettes droites et d'une pince à polypes recourbée ; 5° d'aiguilles courbes et d'aiguilles droites munies de fils de soie ; 6° d'un cordonnet de la longueur d'une aune, formé de huit fils de soie cirés, pour la ligature du pédicule de la tumeur ; 7° de 24 bandelettes agglutinatives, larges de 2 pouces et assez longues pour pouvoir faire une fois et demie le tour du corps ; 8° de compresses longuettes et d'un bandage de corps ; 9° de deux éponges fines, d'eau chaude et d'eau froide, d'huile d'olives ; 10° d'analeptiques, de vinaigre, de vin, etc.

« Le jour suivant, 16 septembre, je procédai à l'opération en présence et avec l'assistance des docteurs Wittstock, Bollmann, Krogmann, Keil, Eisfeldt et du chirurgien Hoppe.

« La chambre était chauffée à 18 degrés Réaumur. La femme fut couchée sur une table convenablement préparée. Je pratiquai à la ligne blanche une incision de 14 pouces de longueur, et qui divisa en même temps la peau et l'aponévrose. La tumeur se présenta alors à nu. Elle était tendue et dure, adhérente en avant et sur les côtés avec le péritoine pariétal, en haut avec le diaphragme, l'estomac, le ligament suspenseur du foie et un peu avec l'épiploon. Avant de pouvoir reconnaître et détruire toutes les adhérences du sac avec la paroi abdominale antérieure, il me fallut vider la tumeur. A cet effet, je pratiquai sur elle une incision dans la direction de celle du

ventre. Alors je pus, avec une tasse à café, enlever successivement environ 28 litres de liquide, qui était plus clair et moins épais que celui qui s'était écoulé par la ponction deux mois auparavant. Ensuite, je détruisis insensiblement et avec beaucoup de précaution, tantôt avec le scalpel, tantôt et surtout avec les ciseaux mousses, les adhérences du sac. Au fur et à mesure, celui-ci fut attiré hors de la plaie du ventre avec les tenettes à lithotomie, jusqu'à ce qu'enfin tous les tractus ligamenteux étant divisés, le sac put être circonscrit et embrassé avec les deux mains. Alors, après avoir isolé le pédicule composé de la trompe de Falloppe, du ligament de l'ovaire, du ligament large et du plexus spermatique, on jeta sur lui la ligature préparée à cet effet, et on l'étrangla. Enfin, le dernier temps de l'opération consista dans l'enlèvement du sac par la division du pédicule faite un pouce en avant de la ligature.

« A peine une 1/2 once de sang fut répandue, quoique les vaisseaux spermatiques parussent avoir acquis un volume considérable ; et comme j'avais eu soin d'enlever tout ce que je pouvais du liquide que contenait la tumeur ovarique, pas une goutte n'en tomba dans le ventre.

« J'examinai ensuite avec ma main, que j'avais trempée d'abord dans de l'huile d'olives bien fraîche, la matrice et l'ovaire gauche, et trouvai les deux organes dans des conditions tout à fait normales. Puis je fis couler à peu près 1 once d'huile d'olives dans la région où se trouvait la ligature. Enfin, je procédai à la suture de la plaie abdominale. On pratiqua dix-sept points de suture séparés, que vinrent corroborer des bandelettes agglutinatives qui faisaient une fois et demie le tour du ventre. Les chefs de la ligature furent placés dans l'angle inférieur de la plaie.

« Cette opération a duré en tout quarante minutes. Une seule fois, la femme s'est trouvée mal, mais il n'y a pas eu de vomissement.

« Après avoir porté l'opérée dans son lit sans qu'elle eût eu de lipothymie, on lui donna une tasse d'infusion de camomille, et je lui prescrivis une émulsion opiacée.

« C'est à peine si le premier jour elle se plaignit d'un peu de douleur dans le ventre ; le pouls ne donna pas plus de 75 pulsations par minute. Le troisième jour, on lui prescrivit une émulsion avec de l'huile de ricin, parce qu'elle n'avait pas eu de selle. Ce médicament provoqua des évacuations épaisses. Le huitième jour, on enleva tous les points de suture; la plaie paraissait bien fermée jusqu'à l'angle inférieur où se trouvait la ligature. Le ventre était mou et indolore. Le onzième jour, l'angle inférieur suppura. Le quinzième jour, on leva aussi les bandelettes agglutinatives, la cicatrisation était solide. Le trente-cinquième jour, on appliqua contre la ligature, toujours ferme, le *ligaturstœbchen* de Græfe, et le lendemain elle tomba. La suppuration diminua promptement. Le quarante-cinquième jour, toute la plaie était cicatrisée.

« Le 12 novembre, cinquante-sept jours après l'opération, la femme P. rentra dans ses foyers.

« Le sac qui a été enlevé pesait 6 livres, et se trouvait formé par l'ovaire dégénéré et hydropique. Ses parois étaient épaisses, denses comme du cuir. Dans son intérieur, on voyait de nombreuses loges hydatiformes, etc. Il a été examiné, en 1843, par les professeurs Baum et Strempel, de Rostock, par le professeur Michælis, de Kiel, et autres collègues.

« Un an après cette opération, le 10 novembre 1843, la femme Pohfeldt accouchait heureusement d'un enfant à terme qu'elle put nourrir.

« Ainsi, non-seulement l'ovaire malade et adhérent à d'autres organes très-importants a été enlevé avec succès, mais la faculté de reproduction était conservée, et, un peu plus d'un an après, l'opérée a pu accoucher à terme et sans difficulté. »

D'après M. Quittenbaum, l'extirpation des ovaires malades est une des grandes opérations chirurgicales les moins sanglantes, et elle présente beaucoup moins de dangers que l'opération césarienne. Nous n'avons aucune peine à le croire ; et ce n'est pas là probablement ce qui rassurera le plus les chirurgiens. Nous ne sommes pas cependant de ceux qui voudraient rejeter cette opération d'une façon absolue ; mais, à notre avis, elle ne doit être tentée que pour des cas d'une urgence réelle, et dans des conditions exceptionnelles.

LUXATION DE LA TÊTE DU RADIUS EN AVANT A LA SUITE D'UN RHUMATISME ARTICULAIRE ; *réduction, guérison ;* par M. VAN GILSE.

Il y a une grande lacune à combler dans l'histoire des luxations ; c'est celle des luxations pathologiques, qui nous donneront la clef des luxations congéniales. Les faits sont rares, bien moins cependant qu'on pourrait le croire ; mais enfin c'est une raison pour ne pas les laisser échapper. En voici un qui mérite une sérieuse attention :

OBS. — Kiesh Joseph, âgé de 20 ans, maître ouvrier dans une compagnie des pontonniers, d'un tempérament sanguin, n'avait jamais eu d'autre affection qu'un rhumatisme articulaire aigu survenu en février 1850, et guéri après deux mois de traitement par la teinture de colchique et le baume opodeldoch.

Le 8 juillet 1851, il fit un faux pas en descendant un escalier ; de là une entorse, qui cependant ne l'empêcha pas de faire son service le 9. Ce fut alors qu'en soulevant un pesant fardeau, il entendit un craquement ; aussitôt une violente douleur s'empara du coude droit et le malade fut obligé de cesser tout travail.

On le ramena chez lui. La douleur dans l'articulation du coude et du pied alla en augmentant au point d'empêcher tout repos, et un gonflement considérable s'empara des parties lésées.

Voici quel était son état à son entrée à l'hôpital, le 10 juillet, vers dix heures du matin. Douleur dans l'articulation du coude droit et du pied gauche. L'articulation du coude est considérablement augmentée de volume, la peau qui la recouvre est rouge, luisante, tendue, chaude. L'avant-bras légèrement fléchi, se trouve dans la pronation. Par le palper, on sent une tumeur dure, arrondie, au-devant de la petite tête de l'humérus. En suivant la face postéro-externe de l'humérus, on tombe dans un creux au-dessous de l'épicondyle. En suivant le radius de bas en haut, on arrive jusqu'à la tumeur qui existe au-devant de l'articulation. En faisant faire à l'avant-bras les mouvements de pronation et de supination, on sent rouler sous le doigt la tumeur dure qui existe au-devant du condyle externe de l'humérus. Ces mouvements éveillent de la douleur. Tout mouvement volontaire est aboli dans l'articulation malade. Le mouvement communiqué de supination est limité, celui d'extension complète est impossible ; le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras ne s'étend pas au delà de l'angle droit.

Le pied gauche est dans l'abduction, l'articulation tibio-tarsienne est gonflée, la peau est chaude et présente de larges ecchymoses : les mouvements qu'on communique au pied sont très-douloureux.

Le malade, anesthésié par le chloroforme, M. Van Gilse tenta la réduction, qui fut facile et annoncée par un choc ressenti par l'opérateur. Aussitôt tous les mouvements de l'avant-bras furent possibles comme à l'état normal.

L'avant-bras, fléchi et placé entre la pronation et la supination, fut entouré d'un appareil amidonné. Un appareil amidonné fut également appliqué sur le pied malade, avec le soin de le maintenir par la bande dans une bonne position.

Vers dix heures du soir, il y eut de la fièvre. — *Saignée de 16 onces, qui*

fournit un caillot en forme de champignon et couvert d'une couenne épaisse.

Le 11, fièvre inflammatoire. Le pouls plein, dur, vibrant, est à 100. La peau est chaude. *Saignée de 15 onces; nitrate de potasse à haute dose.*

Le 12, le sang est encore fortement couenneux. La fièvre a augmenté. Le pouls est à 120. — *Saignée ; nitrate de potasse.*—Le soir, à dix heures, il survient de la douleur dans les articulations lésées, et des douleurs vagues dans les articulations du genou. On coupe le bandage amidonné. L'articulation du coude est surtout gonflée et sensible à la pression.

Le 13, le coude est encore augmenté de volume ; la peau qui le recouvre est rouge, luisante, chaude. Le moindre mouvement éveille de la douleur; le pouls, plein, ondulent, mais dépressible, est à 112.—*Trente sangsues; cataplasme émollient laudanisé.*

Le 20, l'état local des articulations lésées est très-satisfaisant. — *Application d'un bandage amidonné.*

Le 25, l'élément rhumatismal qui était survenu reste écarté. — *Suspension de tout traitement général, on accorde au malade une nourriture légère.*

Le 6 août, on enlève l'appareil amidonné du bras, et l'on communique au coude des mouvements modérés qui arrachent des cris au malade. On réapplique un appareil amidonné, en plaçant l'avant-bras dans une position moins fléchie.

Le 10, on enlève l'appareil amidonné et l'on imprime au coude des mouvements qui sont encore très-douloureux ; puis on réapplique l'appareil en mettant l'avant-bras dans la flexion à angle droit sur le bras.

A partir du 15, on imprime journellement à l'articulation du coude des mouvements de plus en plus étendus qui sont encore douloureux quoique à un degré moindre, et l'on prescrit des bains de tripes.

Le 20, l'amélioration continue; les mouvements deviennent de plus en plus libres, et ont lieu comme à l'état normal, avant la fin du mois.

L'auteur ne dit rien de la prétendue entorse, qui était assurément, eu égard aux ecchymoses et à l'abduction du pied, une fracture du péroné très-caractérisée. Quant à la luxation, bien que survenue subitement sous un effort musculaire, il n'y a guère de doute qu'elle n'ait été préparée par le rhumatisme antérieur, qu'elle a ensuite contribué à ramener, et qui l'a compliquée assez longtemps.

NOUVEAU TRAITEMENT DES VARICES; par M. DURANT, *chirurgien de régiment, à Tournay.*

Ce traitement consiste à appliquer sur la tumeur ou varice trois couches successives de collodion, que l'on recouvre ensuite d'un morceau de soie imbibé aussi de collodion. Ce petit appareil est simple, ne gêne nullement, et ne doit être renouvelé que tous les huit ou dix jours.

M. Durant engage ses confrères à essayer ce traitement, afin d'apprécier ses avantages et son efficacité.

(*Archiv. de méd. militaire belge.*)

Obstétrique.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES FAITES PAR LA VEINE OMBILICALE AVEC LA BELLADONE A L'ÉTAT LIQUIDE; *par* M. BARBE.

Nous reproduisons l'observation suivante, comme exemple d'un essai qui offre bien quelque intérêt par sa hardiesse, mais en faisant toutes réserves; et en remarquant surtout que, à part le résultat malheureux, l'urgence du cas n'était peut-être pas telle qu'elle dût

pousser l'accoucheur à un moyen aussi extrême. Après ce préambule, nous laisserons la parole à l'auteur.

Obs. — La nommée Lécuyer, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution délicate, bien réglée, mariée il y a deux ans, est accouchée pour la première fois le 5 mars 1850. Après un travail de trente-six heures, les membranes se rompirent; les contractions étaient faibles; l'orifice, étroit, dur, se dilatait difficilement. — Bains, injections émollientes, saignée, seigle ergoté, tous ces moyens furent mis en usage. Enfin, l'accouchement se termina heureusement; mais l'enfant était mort pendant la durée du travail. La délivrance fut naturelle; il ne se présenta rien d'anormal.

L'année suivante, la femme Lécuyer redevient enceinte; elle appelle de nouveau Mlle Fillon, élève lauréat de la Maternité. Le 2 juin 1851, l'accouchement a lieu à quatre heures du matin; le travail avait duré dix heures. Après l'expulsion de l'enfant, l'orifice utérin se resserre sur le cordon ombilical; le placenta ne s'engage point. Quatorze heures après, je suis appelé.

Etat de la malade. — Facies fatigué, lèvres pâles; pouls petit, 88 pulsations à la minute. Je palpe l'abdomen, il est considérablement développé; je reconnais au-dessus de l'ombilic une tumeur volumineuse qui m'indique la présence de l'utérus. Sous la pression dans cette région, la malade accuse de la douleur. J'ai constaté de fréquentes envies de vomir et un hoquet à caractère intermittent.

Je pratiquai le toucher; l'orifice était tellement resserré qu'il était impossible d'y introduire le doigt. Des cataplasmes, un bain furent prescrits; point de résultats. Injections émollientes dans le vagin; au bout de deux heures, une légère hémorragie se manifesta. Vingt-quatre grains de seigle ergoté furent donnés. Malgré la perte, la rigidité de l'orifice était toujours la même à quatre heures du soir; la légère hémorragie avait cessé; le fond de l'utérus était toujours au-dessus de l'ombilic, le resserrement de l'orifice toujours le même. Je fis une application d'extrait de belladone sur l'orifice utérin; point de résultats.

Deux heures après, je mis en dissolution 2 grammes d'extrait de belladone dans 125 grammes d'eau de guimauve, et je pratiquai deux injections de ce liquide dans la veine ombilicale. Une heure après, une petite portion des membranes s'engagea dans l'orifice utérin.

Deux heures plus tard, encore deux injections avec le même liquide. J'avais la précaution de nouer le cordon, afin que le liquide ne se répandît point.

Vingt minutes après cette seconde injection, il survint un tremblement nerveux; le pouls devint plus petit: il marquait 130 par minute. Une potion cordiale fut administrée par cuillerée de cinq en cinq minutes. La face de la malade était rouge, les yeux injectés, les pupilles très-dilatées, la parole brève, idées incohérentes, rire hébété: la malade voulait se lever et demandait à se promener pour expulser le poids qu'elle avait dans le ventre.

Des linges imbibés d'eau froide furent appliqués sur le front; potion calmante de dix en dix minutes. Trois heures après, il survient du calme; les idées sont plus claires; le mouvement nerveux cesse, le pouls est à 96; chaleur aux extrémités inférieures, bientôt un peu de sommeil.

Ce mieux apparent dura deux heures. Dans cet intervalle, nous pratiquâmes le toucher: le travail d'expulsion était stationnaire. Au réveil, nouveau délire; la malade voulait toujours sortir de sa chambre. Nouveau bain de quarante minutes. A la sortie du bain, plus de calme, idées plus claires. Troisième injection d'extrait de belladone.

Une demi-heure après, nous trouvâmes une portion du placenta engagée; mais il était tellement mou qu'il se rompit sous nos doigts et qu'il fut impossi-

ble de saisir le reste. L'orifice, quoique plus dilaté, ne nous permettait pas l'introduction des doigts pour saisir le corps entier. A huit heures du matin, un grand bain d'une heure de durée fut administré.

Enfin, la malade nous dit qu'elle éprouvait des coliques ; nous trouvâmes le col assez dilaté pour saisir le placenta et l'extraire en totalité.

La journée fut assez calme, les lochies coulèrent un peu ; la malade avait repris ses idées ; le pouls était toujours petit et fréquent ; nous prescrivîmes un peu de bouillon de poulet.

Le ventre était toujours douloureux et très-ballonné : nous diagnostiquâmes une métro-péritonite qui, malgré les moyens les plus énergiques, enleva la malade après trois jours de souffrances.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Pharmacologie.

MOYEN D'ADMINISTRER L'HUILE DE FOIE DE MORUE ; *par* M. FERRAND, *pharmacien à Lyon.*

Plusieurs moyens ont été conseillés pour faciliter l'administration de l'huile de foie de morue ; et d'abord, l'huile sous forme de capsules gélatineuses (48 capsules pour 30 grammes), l'huile émulsionnée avec un sirop approprié ; puis on a fait mâcher des écorces d'orange, on a fait rincer la bouche avec une eau aromatique ; on a même été réduit, dans quelques cas, à la donner en lavements, en frictions ; on a été plus loin, et, pour être plus radical, on a proposé de lui substituer l'iodure d'amidon soluble, l'huile iodée. Récemment enfin, la *Gazette médicale* donnait un procédé de M. Benedetti ainsi conçu : Faire avec l'huile de foie de morue une pâte, en y ajoutant de la poudre d'amidon, ou mieux de la fécule d'arow-root pulvérisé ; préparer de cette manière un opiat qu'on enveloppe d'un morceau d'hostie mouillée.

Malheureusement, lorsqu'on veut appliquer ce procédé, on trouve que 15 grammes d'huile de foie de morue exigent 40 grammes de fécule, amidon ou farine, pour produire une pâte assez ferme pour être convertie en bols de 3 grammes, par exemple. C'est donc, pour deux cuillerées d'huile, une masse de 110 grammes donnant 36 bols de la grosseur d'une olive. 16 bols le matin et autant le soir, dit l'auteur de la méthode, suffisent au commencement ; mais, ajoute-t-il : *Plus tard, on a la ressource d'en augmenter le nombre et de les faire plus volumineux, car la déglutition en devient plus facile.* C'est-à-dire que pour six cuillerées d'huile de foie de morue, il faudrait 96 à 108 bols, soit 288 à 324 grammes d'opiat par jour.

Le procédé que propose M. Ferrand consiste à avaler d'un seul trait 15, 30, 40 grammes d'huile de foie de morue, placée sous une enveloppe aqueuse mettant le palais à l'abri du contact huileux. Pour cela, il faut : 1° se mouiller préalablement la bouche avec une gorgée d'eau sucrée ; 2° mouiller exactement l'intérieur d'un verre dans lequel on verse un travers de doigt d'un liquide aqueux sur lequel on ajoute l'huile prescrite, et avaler huile et eau d'un seul coup ; boire sur-le-champ une petite quantité d'un liquide aromatique, pour entraîner au besoin toute trace du médicament.

On aide beaucoup au succès du procédé à l'aide de deux verres dans lesquels on répartit à dose égale une demi-verrée d'eau sucrée aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger. Le premier fournit la première gorgée, dont on fera bien de garder une partie dans la bouche, et la dernière gorgée qui complète l'opération ; le second fournit la dose intermédiaire oléo-hydrique. Ainsi, dans

l'estomac arrive sûrement inaperçue, selon l'auteur, liquide et pure, l'huile administrée.

Le liquide à employer comme correctif pourra être, selon les goûts ou les indications, l'eau sucrée aromatisée à la fleur d'orange, au citron, à l'orange, le vin pur ou coupé, sucré ou non, le thé au lait, le café de glands doux, etc.

Par extension, aussi, ce procédé peut s'appliquer à l'huile de ricin, au baume de copahu, etc. Enfin, pour la potion de Chopart, M. Ferrand propose de la diviser en deux fioles séparées, dans l'une le baume, dans l'autre le mélange qui la complète; puis d'employer comme véhicule le liquide aqueux prescrit, et de boire une petite gorgée d'eau avant et après.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

BULLETIN CLINIQUE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

KYSTE SÉREUX DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR; ABLATION, GUÉRISON. *Observation recueillie par* M. Arrachard, *interne.*

Obs. Jeanne Petit-Jean, âgée de 34 ans, journalière, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 23 avril 1852, pour une tumeur inhérente à l'os maxillaire inférieur. Il y a trois ans, elle avait été attaquée de douleurs dentaires, très-vives, du côté gauche de la mâchoire. Les trois dernières molaires de ce côté s'étaient cariées et exfoliées peu à peu, de sorte que maintenant elles ne dépassent pas le rebord alvéolaire. Vers la même époque, la malade s'aperçût qu'une tumeur, du volume d'une petite noisette, s'était développée à la face externe de la branche gauche de la mâchoire, dans l'épaisseur de la gencive. Cette tumeur ne déterminait pas de douleurs bien fortes, surtout en comparaison des douleurs de dents, et comme elle gênait peu les fonctions buccales, on ne s'en occupa pas davantage.

Mais, il y a trois mois, elle s'accrut rapidement en volume et devint grosse comme une petite noix. Les mouvements de mastication se trouvèrent gênés, et le broiement des aliments, entre les arcades dentaires, devint même impossible de ce côté, à cause des douleurs qu'il déterminait. En même temps des douleurs névralgiques se développèrent du côté gauche de la face, suivant le trajet de la branche gauche du maxillaire inférieur, et devinrent assez fortes et assez fréquentes pour engager la malade à se faire débarrasser de sa tumeur, fût-ce au prix d'une opération.

Lors de son entrée à l'hôpital, elle présentait donc, au niveau des trois dernières dents molaires inférieures gauches, une tumeur du volume d'une petite noix, dure, paraissant formée par du tissu osseux recouvert par la gencive. Cependant, à la partie postérieure, le doigt arrivait sur une portion un peu moins solide, et, en appuyant fortement, on déprimait la paroi molle de manière à sentir le rebord de la coque osseuse qui se trouvait là interrompue. M. Malgaigne diagnostiqua un kyste séreux développé dans l'os même. Il était situé assez loin dans la bouche; mais comme il ne descendait pas beaucoup au dessous du repli de la gencive, l'opérateur résolut de le détruire par l'ouverture buccale, et sans incision des téguments.

Le 28, la malade étant assise et placée sous l'influence du chloroforme, on détache la gencive au niveau du bord inférieur de la tumeur; avec un bistouri solide, en forme de serpette, on enlève une grande partie du kyste et on achève

de détruire le reste en ruginant avec la gouge, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de saillie osseuse. On put voir alors que ce kyste était formé par une coque osseuse d'un millimètre environ d'épaisseur, tapissée dans son intérieur par une muqueuse de nouvelle formation. La coque osseuse était interrompue à la partie postérieure dans une petite étendue, où la muqueuse intérieure, confondue avec le tissu de la gencive, lui fournissait la paroi molle que nous avions sentie.

Après l'opération, le doigt promené le long de la face externe de la mâchoire, au lieu de la saillie de la tumeur, rencontrait une dépression assez marquée, que l'on voyait tapissée par la muqueuse du kyste. Il n'y eut aucune sorte de pansement.

Les suites de l'opération furent d'abord très simples. Le 29, la malade accusait un peu de douleur du côté opéré ; la douleur névralgique, le long de la branche du maxillaire existait toujours.

Le 30, un léger gonflement se manifesta à la joue, vis-à-vis le lieu de l'opération. On appliqua des cataplasmes, et tout allait au mieux, lorsque le 4 mai la malade fut prise d'une fièvre continue avec symptômes typhoïdes et pleurésie du côté droit. Il serait inutile de suivre le progrès de cette affection intercurrente ; il suffira de dire que le danger disparut peu à peu, et que la malade était assez bien le 16 juin pour demander et obtenir sa sortie, bien qu'ayant encore un peu d'épanchement pleurétique à droite.

L'endroit où l'opération avait été faite était le siége d'une dépression marquée, tapissée par une muqueuse qui se confondait, sans ligne de démarcation sensible, avec la muqueuse gingivale, et le doigt pouvait s'y promener sans déterminer de douleur.

LUXATION DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE A GAUCHE ; *fracture de la jambe du même côté; réduction; reproduction de la luxation le* 11e *jour; guérison;* par M. VERNEUIL, *prosecteur à la Faculté de Paris.*

OBS. — Un homme adulte, d'une forte constitution, terrassier, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 17 août 1846, et couché au nº 4 de la salle Saint-François. Cet homme vient d'être pris sous un éboulement de terre, mais il ne peut donner de renseignements précis sur l'attitude de son membre lors de son accident; quoi qu'il en soit, nous constatons les particularités suivantes :

La cuisse gauche est portée dans l'adduction et la rotation en dedans. La face antérieure de la rotule regarde en dedans ; elle répond au condyle interne du fémur droit, au-dessus de l'insertion du troisième adducteur. Le membre est manifestement raccourci, et si l'on mesure des deux côtés l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la rotule, on trouve du côté luxé un raccourcissement de 2 centimètres.

Le malade ne peut exécuter aucun mouvement, il ne peut même soulever son membre. La rotation en dehors, l'extension complète, sont également impossibles à obtenir ; mais on peut faire exécuter des mouvements de flexion assez étendus.

La région de la hanche est déformée, on ne sent plus dans le pli de l'aine la tête du fémur ; pourtant ce pli existe, et la difformité n'est pas très-marquée en ce point ; si l'on déprime fortement les parties molles avec les doigts, on sent un vide à la place de la tête, et l'on perçoit sans peine le rebord osseux du cotyle. La région pubienne, la fosse ovalaire, la fosse iliaque externe, sont entièrement libres. Les parties molles y sont dépressibles.

En arrière et en dehors, on constate d'autres altérations dans la forme : le pli de la fesse est déplacé, la hanche est moins saillante ; on reconnaît par le toucher deux saillies osseuses : l'une, postérieure, entre la fosse iliaque externe et l'ischion, derrière la cavité cotyloïde, est arrondie, mal limitée, et perdue sous les masses musculaires ; l'autre, située sur un plan plus antérieur et plus superficiel, est plane, sans aspérités, et regarde en avant. Ces deux saillies se meuvent lorsqu'on imprime des mouvements à la partie inférieure du membre. Non-seulement on reconnaît qu'elles se continuent avec le reste du fémur, mais on distingue manifestement que la saillie postérieure est constituée par la tête, tandis que l'antérieure n'est autre que le grand trochanter. Cette apophyse étant bien reconnue, si l'on mesure la distance étendue de son bord supérieur à la crête iliaque, on constate (la même mensuration étant comparativement faite du côté sain) que, par un mouvement d'ascension, le grand trochanter s'est rapproché de 2 centimètres de la crête iliaque.

Cet examen permet d'affirmer sans hésitation que la tête du fémur est luxée en arrière et en bas. L'impossibilité des mouvements, la rotation en dedans, le faible degré de raccourcissement, démontrent que nous avons affaire à la variété de luxation désignée sous le nom de luxation sacro-sciatique.

Ce malheureux portait encore d'autres lésions ; du même côté, les deux os de la jambe étaient fracturés à leur partie inférieure ; le pied était porté en arrière ; par bonheur, les téguments étaient intacts. Il portait encore une plaie de 4 centimètres au scrotum, et une autre un peu moins étendue au sourcil.

Ces deux plaies furent réunies par la suture ; un appareil fut appliqué sur la fracture de la jambe préalablement réduite ; un aide fut chargé de soutenir cette extrémité du membre pendant les manœuvres nécessaires à la réduction, manœuvres qui furent exécutées de la manière suivante :

Au moyen d'une bande fortement serrée, on appliqua au-dessus du genou deux bouts d'une alèze. Ces deux bouts, repliés sur eux-mêmes, furent assujettis par d'autres circulaires. L'anse formée par l'alèze fut placée au-devant de la jambe, qu'on mit dans la demi-flexion. Un lacs contre-extenseur fut placé à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, un chef en avant, l'autre en arrière ; les deux bouts furent ensuite noués solidement à un des piliers du lit. Une troisième alèze, perpendiculaire à l'axe du corps, passe sur les crêtes iliaques, et sert à fixer le malade transversalement.

Quatre aides, agissant sur le lacs extenseur, opèrent des tractions un peu obliques en dedans. Pendant ce temps, le chirurgien procède à la coaptation, en appliquant ses deux mains sur la saillie formée par la tête, qu'il pousse en bas et en dedans.

Au bout d'un temps assez court, un bruit se fait entendre, la hanche reprend sa configuration normale ; la luxation est réduite.

Cataplasmes sur la hanche, saignée de trois palettes.

Le 19, la région est tuméfiée et douloureuse ; on reconnaît à la partie externe et supérieure de la cuisse un épanchement sanguin assez étendu et fluctuant. Cette tumeur persiste pendant plusieurs jours, mais elle finit par disparaître ; les autres blessures marchent vers la guérison. L'état général du malade s'améliore.

Le 28 août, à l'approche de la visite, le blessé se relève brusquement et tente de se mettre sur son séant : une douleur vive se manifeste à la hanche ; la région examinée, nous reconnûmes que la luxation s'était reproduite. La réduction, pratiquée sur-le-champ, fut obtenue sans peine par l'emploi des mêmes moyens.

On fixa, dès lors, les deux membres ensemble, au moyen d'un bandage roulé autour des genoux.

Retenu pendant près de deux mois par sa fracture de jambe, le malade sortit en octobre, guéri depuis longtemps de sa luxation.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS DES MALADIES VÉNÉRIENNES, DE LEUR DOCTRINE ET DE LEUR TRAITEMENT; *par le docteur* BERTHERAND.

(*Ouvrage couronné par le ministre de la guerre.*)

Nous ne connaissons rien de plus difficile à faire qu'un compte-rendu d'un ouvrage sur les maladies vénériennes, si l'on ne veut passe borner à une simple analyse, et si l'on prétend apprécier, en même temps qu'on les expose, les doctrines de l'auteur du livre que l'on examine. La syphilis est une de ces grandes questions qui partagent en deux camps, au moins, le monde médical, et il est impossible de n'avoir pas pris parti pour l'une ou pour l'autre des manières de voir, si diamétralement opposées, qui cherchent à s'entre-détruire. Non pas que nous voulions nier l'impartialité en matière de syphilis; mais chacun des représentants de ces opinions contradictoires se croit sûr d'être dans le vrai, et base sa conviction sur des faits plus ou moins rigoureusement observés.

Disons tout d'abord que M. Bertherand n'appartient pas à cette nouvelle école dont M. Ricord est le chef, et que ses tendances l'entraînent vers les doctrines anciennes, dont le chirurgien de l'hôpital du Midi ne se lasse pas, et souvent avec succès, à notre avis, de saper les fondements. Nous n'avons pas ici à exposer les bases des deux systèmes ; nous devons les supposer connues de tous nos lecteurs. Bornons-nous à rappeler que, pour M. Ricord, il n'y a qu'un accident syphilique primitif, le chancre, transmissible d'individu à individu ; que les accidents secondaires ne se transmettent que par hérédité; que la blennorrhagie n'est jamais syphilitique, hors la présence d'un chancre dans l'urètre.

M. Bertherand, lui, admet la virulence dans certains cas de la blennorrhagie ; il pense qu'un sujet peut contracter la vérole et présenter des phénomènes de syphilis constitutionnelle sans avoir eu de chancre; qu'il existe des bubons dits *bubons d'emblée*, c'est-à-dire qui ne reconnaissent pas le chancre pour point de départ, et sont le résultat de l'introduction du pus syphilitique à travers la peau, qui ne conserve aucune trace de son passage. Il admet la transmission des accidents secondaires d'individu à individu ; l'infection par exemple de la nourrice par un nourrisson héréditairement syphilisé, etc.

On voit, par ces quelques mots sur l'exposé des doctrines de M. Bertherand, combien nous sommes loin d'adopter sa manière de voir ; non pas que nous admettions sans contrôle les doctrines opposées ; nous avons eu souvent l'occasion de les soumettre aux épreuves les plus rigoureuses ; et nous avouerons même qu'il est certains points, de peu d'importance, il est vrai, sur lesquels nous avons dû quelquefois, jusqu'à plus ample informé, mettre un signe de doute, et, qu'on nous passe le mot, remplacer la formule affirmative par un point d'interrogation. Mais entre le doute et la négation, l'intervalle est grand, et, peut-être, sans être trop sévère,

pourrons-nous reprocher à M. Bertherand d'avoir un peu trop accordé au témoignage et à l'autorité de ceux qui l'ont précédé.

Il est des faits, et nous citerons en passant la transmission des accidents secondaires de l'enfant à la nourrice, pour lesquels nous eussions voulu le voir plus exigeant. Nous eussions voulu lui voir tracer d'une manière plus tranchée, la délimitation entre ce qui constitue les accidents primitifs et les accidents secondaires. Pour le bubon d'emblée qui, suivant lui, ne se présente qu'exceptionnellement, mais qui existe, nous regrettons qu'il n'en ait pas cité d'exemple recueilli par lui-même, et si, dans le grand nombre de sujets qui ont été observés par lui, il n'en a pas rencontré, nous tirerons de cette circonstance un argument contre son opinion.

Mais les questions de doctrine une fois écartées, et nous devions y insister parce que leur examen et leur discussion occupent une grande place dans son ouvrage, nous ne serons que juste en accordant des éloges sans restriction au reste du livre de M. Bertherand.

Ce qui touche à la symptomatologie, à l'histoire propre, à la description de chaque phénomène en particulier, à son traitement, prouve un praticien habile. Soins hygiéniques, traitement curatif, sont décrits avec une exactitude minutieuse ; cette partie essentiellement pratique, mérite tous nos éloges, et sera un guide utile pour ceux qui l'étudieront avec attention.

Enfin, et pour ne pas rester incomplet, M. Bertherand a accordé une assez large place à ce que l'on a appelé la prophylaxie de la syphilis, et en particulier à la *syphilisation*, qui, depuis quelques années, est le sujet de si vives discussions, et sur laquelle nous avons vu avec plaisir l'auteur faire ses réserves, et en appeler d'une expérimentation presque d'hier, à une nouvelle expérience basée sur des faits plus nombreux et plus anciens. Jusqu'à ce que l'on ait obtenu des résultats plus décisifs, M. Bertherand paraît ne pas être très-convaincu de l'efficacité de la nouvelle méthode curative et prophylactique.

Le livre dont nous parlons, précédé d'une notice historique et d'un examen des doctrines fort bien fait, mais un peu court peut-être, et suivi d'un formulaire contenant les préparations les plus généralement conseillées, est une œuvre de conscience et de bonne foi. Malheureusement, nous craignons que l'auteur n'ait pas atteint complétement le but qu'il se proposait. Il a soulevé bien des questions ; mais nous ne voyons pas que pour les résoudre dans un sens ou dans l'autre, il ait apporté des arguments bien victorieux toujours.

Docteur A. Foucart.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 14 *juin*. — *M. Heyfelder*, d'Erlangen, adresse un Mémoire *sur la structure des glandes lymphatiques*. Il croit avoir démontré que ces glandes sont formées par un amas de vaisseaux lymphatiques entrelacés et pelotonnés, présentant ça et là des dilatations remplies de corpuscules chylifères, et n'ayant plus dans ces endroits dilatés qu'une seule membrane amorphe. Le tout est soutenu par des cloisons fibreuses contractiles et entouré d'une enveloppe commune de même nature.

28 *juin*. — *M. Guyon* communique une note *sur l'immunité des Arabes par rap-*

port à la lèpre. Depuis vingt ans qu'il est en Algérie, il n'a vu aucun cas de lèpre chez les Arabes, tandis que les Kabyles en offrent de fréquents exemples. Mais les Arabes vivent sous la tente, et les Kabyles dans des habitations fixes, creusées plus ou moins dans le sol, et où l'air est altéré par toutes sortes d'immondices.

— Le même auteur adresse une note *sur l'emploi hémostatique du nid de la fourmi bi-épineuse* (*formica bi-spinosa*), connue sous le nom d'*amadou de Cayenne*. Ce nid est formé par un duvet dont les matériaux sont recueillis par l'insecte sur les feuilles de plusieurs mélastomes, notamment sur celles du *miconia holosericea*. Le feu y prend mieux que dans notre amadou, bien qu'il n'ait été soumis à aucune préparation, et il est de beaucoup préférable au dernier pour arrêter les hémorrhagies capillaires, généralement si difficiles à arrêter chez les enfants. Dans toutes les contrées où existe la fourmi bi-épineuse, son nid est employé comme hémostatique, et sans aucune préparation préalable, excepté au Para, où on le trempe d'abord dans une solution d'alumine.

— *M. Chabanou aîné*, chirurgien en chef de l'hôpital d'Uzès, adresse un Mémoire *sur un traitement préservatif de la rage*, qui consiste à cautériser profondément la plaie résultant de la morsure avec de l'acide concentré. Il a appliqué ce traitement avec succès sur vingt-trois personnes mordues par une louve enragée.

5 *juillet.* — *M. Lecanu* présente un Mémoire très-étendu *sur l'analyse chimique du sang, et en particulier sur l'origine de la fibrine.*

12 *juillet.* — *M. Chatin* lit un Mémoire intitulé : *Recherche comparative de l'iode et de quelques autres matières dans les eaux et les égouts de Paris, Londres et Turin.*

Académie de médecine. — 22 *juin. M. Bérard* lit un rapport sur un Mémoire de M. Bouley fils, professeur à Alfort, intitulé : *Recherches expérimentales sur l'influence que la section des pneumo-gastriques exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le bœuf.* — Remercîments et dépôt aux archives.

— *M. Lacauchie* donne lecture d'un travail intitulé : *Études hydrotomiques du système absorbant.* Son procédé consiste essentiellement à faire arriver par les artères un jet d'eau continu ; il en résulte une injection constante des absorbants, qui les montre plus nombreux et plus près de leur forme naturelle que tout autre moyen.

— *M. Brun-Séchand* lit une *observation de fracture de la base du crâne.*

— *M. Barruel* lit un Mémoire intitulé : *Examen des différents procédés employés pour analyser l'opium sous le rapport de la morphine.*

29 *juin.* — *M. O. Henry* lit un rapport sur l'analyse des eaux minérales de Neyrac. Ces eaux sont *alcalino-terreuses et ferrugineuses ;* mais de plus elles contiennent du titane, du nickel, du cobalt, de la zircone, toutes substances non encore rencontrées jusqu'ici dans aucune eau minérale.

— *M. Bouchardat* lit une note sur un pain de maïs avec addition d'un tiers de gluten, et un biscuit contenant 66 pour 100 de gluten ; et recommande ces préparations.

— *Bouley fils* lit un Mémoire *sur les concrétions calculeuses de la vessie du mouton.*

— *M. Bousquet* achève la lecture de son rapport sur la vaccine.

5 *juillet.* — M. le président fait part à l'Académie de la mort inopinée de M. Récamier, arrivée le 28 juin au soir ; et M. Gibert donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe.

— *M. Patissier* lit un rapport sur un Mémoire intitulé : *Recherches et observations*

sur le mal de vers ou de bassine, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons de vers à soie, par le docteur Potton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. — Remercîments et renvoi au comité de publication. Nous reviendrons sur cet intéressant travail.

— *M. Castel* lit un travail étendu ayant pour titre : *Analyse de la vie.*

13 *juillet.* — *M. Bousquet* lit un rapport sur un travail de M. Chardon, relatif *aux fièvres continues.* — Remercîments et dépôt aux archives.

— *M. Depaul* lit un rapport sur *un cas d'accouchement compliqué d'hémorrhagie sérieuse se rattachant à une insertion vicieuse du placenta*, par M. le docteur Gérard. — Remercîments et dépôt aux archives.

VARIÉTÉS.

COUR D'APPEL DE PARIS. — AUDIENCE DU 10 JUIN 1852.

Valeur comparative des lits à extension sigmoïde et à flexions opposées, et de la ceinture à inclinaison. — *Un « prince » de l'orthopédie condamné pour avoir contrefait un « charlatan. »*

Il y a longtemps que nous n'avions eu à entretenir nos lecteurs des progrès de l'orthopédie. On sait combien ils sont difficiles à constater ; ou bien les familles attachent un grand intérêt à cacher le malheur qui frappe un de leurs membres; ou bien ce sont les orthopédistes eux-mêmes qui cachent leurs malades. Lorsqu'une nouvelle méthode de traitement vient à se faire jour, les rivalités en émoi s'empressent de la décrier ; les inventeurs eux-mêmes, tout en en prônant les merveilles, se retranchent derrière un brevet d'invention pour empêcher leurs confrères d'en profiter; et entre ces luttes de boutique et de prospectus, le public médical ne sait où se prendre, et se décide le plus souvent au hasard.

Voici enfin la lumière qui s'est faite entre deux des méthodes, sinon les plus efficaces, au moins les plus bruyantes de notre temps ; et désormais un arrêt solennel ne permettra à personne d'ignorer laquelle mérite la préférence. Un arrêt! Oui ; c'est devant les tribunaux que l'orthopédie moderne a fini par porter ses débats et trouver des juges ; les Académies n'y suffisaient plus. C'est assurément l'une des plus curieuses et des plus tristes histoires de notre temps ; mais comme elle porte avec elle un enseignement qui ne doit être perdu, ni pour l'histoire de l'art, ni même pour la pratique, nous la reprendrons avec quelques détails.

Au commencement de 1835, un médecin de Paris, qui, jusque-là, n'avait pas laissé soupçonner qu'il fût le moins du monde orthopédiste, se trouva subitement porté, par un contrat d'association commerciale, à la tête d'un grand établissement orthopédique de Paris, et tout naturellement s'empressa de communiquer cette nouvelle importante à l'Institut et au public par un superbe prospectus (1). Vers ce même temps, un orthopédiste de province, qui, à son tour, n'était pas médecin, avait saisi l'Académie de médecine d'une ceinture de son invention, qu'il disait avoir appliquée avec succès ; et, projetant de fonder un établissement à Paris, avait émis naturellement un prospectus du même genre. Or, tandis que le premier en était encore à chercher des machines, l'autre, avec sa ceinture toute trouvée, obtenait

---

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 89.

des résultats remarquables, constatés par une commission académique. C'était une rivalité menaçante, et qu'il fallait étouffer à tout prix ; aussi rien n'y fut épargné. On commença par nier l'invention, on nia ensuite les guérisons, que l'on qualifia de *supercheries orthopédiques*. Que le lecteur ne s'y trompe pas : c'était M. J. Guérin qui parlait de la sorte. Bien plus, dans un accès de vertueuse indignation, il fit pleuvoir sur son rival malencontreux les épithètes de *jongleur* et de *charlatan*, tant et si bien que le tribunal de police correctionnelle parvint seul à apaiser cette intempérance de langage, par une condamnation, pour cause de diffamation et d'injures, à une petite amende de 2,000 francs.

A la distance où nous sommes aujourd'hui de cette querelle, on ne s'y reporte pas sans quelque surprise, après tout ce qui s'est passé depuis. M. Hossard traité de charlatan par M. Guérin ! Et à quel propos, bon Dieu? Parce qu'il avait produit des guérisons plus ou moins contestables? Le monde médical a certes vu d'autres. Parce qu'il se serait permis quelques *supercheries orthopédiques?* Une critique plus bienveillante aurait appelé cela des *illusions*. Et puis, on disait qu'il avait fait distribuer son prospectus sur la voie publique. Sans doute, il eût été de meilleur goût de l'expédier par la poste, et d'en remplir la quatrième page des journaux politiques ; mais, à part la question de bon goût, et en ne considérant que la dignité médicale, nous serions fort embarrassés d'y trouver quelque différence.

Au total donc, inférieurs en fait de prospectus, supérieurs à d'autres titres, M. Hossard et sa ceinture avaient l'avantage, et ils en usaient. Il était urgent d'inventer un appareil quelconque, qui pût recommencer la lutte sur un terrain nouveau. Cela fut fait rapidement, et même sans beaucoup de peine. Mathias Mayor, pour ne pas remonter plus haut, s'était élevé, dès 1829, contre le système des extensions parallèles, et avait établi un nouveau *principe* de traitement, en vertu duquel il voulait qu'on pressât sur la convexité de la courbure rachidienne, en retenant les deux extrémités de la colonne, de manière à produire une courbure en sens opposé. M. J. Guérin adopta le principe, adopta les raisonnements, transforma seulement l'appareil trop simple de Mayor en un lit mécanique fort compliqué, et présenta, en novembre 1835, à l'Académie de médecine, ce qu'il appelait sa *nouvelle méthode*, c'est-à-dire *l'extension sigmoïde*. Mais, comme Mathias Mayor était peu endurant et ne se serait pas laissé dépouiller sans crier comme un aigle, son prudent imitateur consentit à lui rapporter, *à M. Mayor (de Lausanne) en particulier, les premières idées de la méthode* (1).

L'extension sigmoïde promettait des merveilles ; l'Académie, complaisante, nomma une commission pour les vérifier. C'était le bon temps alors pour les faiseurs de cures orthopédiques ; on faisait voir aux commissions tout ce qu'on voulait, et celle-ci ne faillit pas plus à sa mission que les autres. Après quatorze mois de traitement, sur dix jeunes filles à colonne déviée, la commission constata :

5 *guérisons complètes*,
2 *à peu près complètes*,
2 *améliorations considérables*,
1 *amélioration légère* (2).

Le rapport avait été lu et adopté en commission ; mais, *sur la demande* de M. Guérin, et, ajoute-t-il, *par des motifs de prudence* sur lesquels il ne s'explique pas autrement, le rapport *ne fut pas lu devant l'Académie*.

---

(1) *Ibid.*, p. 732.
(2) J. Guérin, *Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion*, 1838, p. 42.

D'où venait donc à l'auteur cette modestie soudaine, qui lui faisait dérober son front aux lauriers dont la commission s'apprêtait à le couvrir? En calculant les dates, le rapport avait dû être élaboré à partir de mai 1837; le 21 août suivant, une commission de l'Institut lui ménageait un bien autre triomphe, avec un prix de 10,000 francs. Les rapports des prix ne se discutent pas devant le public; les rapports simples se discutent publiquement, surtout à l'Académie de médecine. Or, un grand prix sans discussion ne valait-il pas mieux qu'une discussion sans prix? Et la discussion arrivant quelques mois avant le prix, n'était-il pas à craindre qu'elle ébranlât la foi due aux guérisons annoncées; car on sait que les cures orthopédiques aiment à être discutées le moins possible?

Chacun est libre de se faire une opinion à cet égard. Mais, bien qu'en dérobant ses guérisons à la discussion publique *par des motifs de prudence*, l'auteur en conservait sagement le bénéfice; *je n'ai pas renoncé*, disait-il, *à faire connaître les résultats des expériences authentiques dont la commission avait été témoin;* et il les a en effet publiés (1).

Peut-être cependant y avait-il encore un autre motif. On peut bien croire, en effet, que l'extension sigmoïde ne valait pas grand'chose, puisque l'auteur lui-même s'en est déclaré mal satisfait. « *A l'époque où je l'imaginai*, dit-il naïvement, *j'étais encore imbu de l'idée de l'existence assez fréquente de déviations à une seule ou à deux courbures; depuis lors, je me suis assuré, et j'ai cherché à établir qu'il n'y a point de déviations à une seule courbure, qu'il n'en existe que rarement à deux courbures, mais que presque toutes en ont trois* » (2). Loyal aveu, qui confirme ce que nous disions tout à l'heure; savoir, que dans la nécessité d'aviser au plus pressé, on avait inventé la machine avant d'avoir étudié les déviations.

Or, mécontent de l'extension sigmoïde, l'auteur avait inventé son lit *à flexions opposées*. Quelle est la date précise de cette invention? Question obscure et délicate. On lit bien, au titre du Mémoire déjà cité : *Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion, lu à l'Académie royale de médecine le* 15 *novembre* 1835; c'est une toute petite inexactitude, qui avait peut-être aussi ses motifs. Le Mémoire, lu le 10 novembre 1835, ne traitait absolument que de l'extension sigmoïde, comme on peut s'en assurer dans la *Gazette médicale;* mais l'appareil à flexions était inventé en 1837, puisque le rapport de l'Institut en fait mention.

Ce rapport, pièce fort curieuse et fort importante dans l'histoire de l'orthopédie, nous révèle d'abord un progrès capital fait par M. Guérin. En 1835, le principe de Mathias Mayor n'avait pas encore reçu de nom; en 1837, M. J. Guérin le dénomme : c'est le *principe de la flexion*. Et, comme le nom lui appartient, le nom allant difficilement sans la chose, il confisque le tout à son profit; l'indulgent rapporteur de l'Institut lui délivre un certificat de propriété : *Le principe de la flexion proposé par M. Guérin.*

Ce fameux principe n'avait d'ailleurs encore enfanté que deux machines pour les déviations latérales : *le lit à extension sigmoïde* et *le lit à flexions opposées*. Le rapport dit qu'ils ont été appliqués sous les yeux de la commission, entre autres à neuf cas de déviations de l'épine et à un cas de torticolis. C'est le même chiffre que celui de l'Académie de médecine; sont-ce les mêmes malades? Qui le pourrait dire? à moins que ce ne fût le rapporteur de l'Institut, qui faisait partie en même temps des deux commissions. A quoi j'ajoute que les dix malades de

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*, p. 28.

l'un et de l'autre rapport sont signalés comme pris dans la classe ouvrière et traités gratuitement à la Muette. Si pourtant c'étaient bien les mêmes, on ne peut nier qu'en passant d'une commission à l'autre, les résultats n'eussent un peu changé. Voici, en effet, ce qu'a vu la commission de l'Institut :

« 1° *Quatre cas de déviations musculaires du 2e degré, complétement guéris;*
« 2° *Un cas d'inclinaison musculaire du cou redressé;*
« 3° *Trois cas de déviations osseuses du 2e degré, considérablement améliorés;*
« 4° *Deux cas de déviations osseuses du 3e degré, améliorés.*

Dans tous les cas, c'était là toute l'expérience clinique des commissaires de l'Institut. Comparez-les pourtant avec les assertions dont ils acceptent la responsabilité, et jugez quelle confiance méritent de pareils logiciens.

« Les déviations au 1er degré *guérissent presque toujours complétement.* (Ils n'en avaient point vues.)
« *Presque toutes* les déviations du 2e degré *sont complétement curables.* (Ils avaient vu 4 guérisons sur 7.)
« Aucune déviation du 3e degré n'est complétement curable. »

Mais enfin, et j'y insiste à dessein, pour opérer toutes ces guérisons, le rapport de l'Institut ne connaissait que deux appareils. Vers la fin de la même année, l'ingénieux inventeur en avait ajouté deux autres. Il énumère ainsi toutes ses découvertes dans un nouveau prospectus : 1° *lits à extension sigmoïde;* 2° *lits à flexions opposées;* 3° *ceintures à deux tuteurs latéraux;* 4° *siége produisant l'obliquation du bassin.* Rien de plus licite assurément. Mais ce qui l'est un peu moins, c'est de donner encore à ces derniers appareils une date tant soit peu inexacte, et de les présenter comme des moyens indiqués dans le rapport de l'Institut comme dérivés du principe de la flexion; c'est de dire que des expériences multipliées ont *démontré* aux commissaires de l'Académie des sciences la *supériorité* de tous ces moyens. Phrases de prospectus, direz-vous. Hélas! M. Hossard n'en avait pas tant fait, lorsqu'il avait reçu en pleine figure l'outrageuse épithète que vous savez

Quoi qu'il en soit, le directeur de la Muette était donc alors en possession, outre son *principe*, de quatre appareils d'une *supériorité démontrée.* Avec de telles richesses, on peut juger comme il méprisait les autres; la ceinture à inclinaison, particulièrement, était reléguée parmi les plus absurdes et les plus périlleux. Elle *gênait le développement du bassin*, elle *gênait la respiration*, elle *prédisposait aux affections de poitrine.*

Depuis lors, il ne confia plus au public et à l'Institut d'autre découverte que celle de la myotomie rachidienne, si fertile, comme chacun sait, en merveilleux résultats. Etait-il donc à bout de génie et d'invention? Non certes; il avait un dernier appareil, déduit, comme tous les autres, de son *principe*, appareil qu'il appliquait sur une assez grande échelle, au dire de certains témoignages, à la Muette, à l'hôpital, en ville; qu'il semblait craindre d'ébruiter cependant, et pour lequel il n'avait pris aucun brevet d'invention. C'était précisément une de ces ceintures si funestes au bassin et à la poitrine quand elle servait aux malades de M. Hossard, mais qui, par un heureux privilége, ayant été reconnue un jour comme fille légitime du *principe de la flexion,* avait, dès lors, participé à toutes ses vertus.

Cette ceinture fit sa première apparition dans une séance de l'Académie de médecine, en juillet 1843, lors de la représentation du fameux sujet qui *devait* être guéri par la myotomie rachidienne. Le sujet portait un appareil dont ni prospectus ni lettres à l'Institut n'avait révélé l'existence. M. Bouvier, au premier coup d'œil, fut

frappé de son analogie avec la *ceinture Hossard*. Mais quelle vraisemblance! Aussi M. Guérin eut-il à peine besoin de repousser ce reproche; cette ceinture, selon lui, n'était *qu'une modification de celle de Delpech, une ceinture de sustentation.*

Cependant, M. Hillairet avait publié dans sa thèse l'histoire de deux malades traitées dans le service orthopédique de M. J. Guérin et renvoyées avec une *ceinture à flexion.* Etait-ce encore une ceinture nouvelle? Ou bien était-ce la même ceinture avec deux noms différents : *ceinture de sustentation* pour l'Académie, *ceinture à flexion* pour les malades?

Ce mystère ne devait être éclairci que plus tard. En 1846 et 1847, M. Hossard, le « *charlatan* » de 1835, faisait procéder à de nombreuses saisies de *ceintures à flexion*, d'abord chez M. Charrière, chargé des commandes de M. Guérin, puis chez divers malades de M. Guérin lui-même ; et il prétendait que ces ceintures à flexion n'étaient autre chose que sa ceinture à inclinaison, et que le « *prince* » de l'orthopédie avait contrefait le « *charlatan* ». Des experts furent nommés; ils furent unanimes pour déclarer la contrefaçon. Le procès s'est traîné à travers des péripéties de tout genre jusqu'en 1852; il aura ainsi duré plus de cinq ans.

Nous avons sous les yeux le *résumé de la plaidoirie de M. Guérin;* c'est une pièce que les bibliophiles paieront au poids de l'or dans un demi-siècle; elle vaut la peine qu'on s'y arrête un moment.

En premier lieu, M. Guérin a soutenu que M. Hossard n'avait pas inventé sa ceinture.

« Que conclure de cette masse de pièces, de preuves, d'analogies, de ressemblances, sinon que si chacune d'elles, prise à part, pouvait paraître insuffisante, leur ensemble et leur connexion *ne laissent aucun doute sur l'absence de tout caractère de nouveauté dans la ceinture brevetée?* » (Page 21.)

En second lieu, il a soutenu que c'était lui-même qui l'avait inventée.

« La ceinture construite par M. Charrière *est une application du système général de la flexion imaginé par M. Guérin, et reconnu comme tel par l'Académie des sciences.....* (Page 22.) Alors, c'est le système lui-même qu'il faut attaquer et convaincre de contrefaçon. » (Page 24.)

Bien plus, il a avancé qu'il l'avait produite au concours de 1837, et qu'elle y avait été *jugée supérieure* à celle de M. Hossard.

« Lorsque l'Académie des sciences décerna, en 1837, le grand prix à M. Guérin, elle constata dans son rapport, parmi les moyens nouveaux imaginés par ce médecin, le *principe de la flexion.....* »

« ..... La plupart des mécaniciens-bandagistes de l'époque, Cottin, M. Charrière et beaucoup d'autres, ont demandé des renseignements *généraux* à M. J. Guérin sur la manière de réaliser les principes de la flexion dans les appareils destinés au traitement des déviations de l'épine. *Il leur a indiqué l'appareil cité dans le rapport de l'Académie, sans retirer aucun profit de cette indication.* Pendant plus de dix années, de 1837 à 1845, M. Hossard a trouvé cela parfaitement légitime; il avait quelque raison pour ne rien dire. *La ceinture à flexion, réalisant une application du système général de M. Guérin, avait été produite et jugée dans un concours* où M. Hossard s'était présenté, mais où sa ceinture n'avait pas même été remarquée. Ce n'est que dix ans plus tard que M. Hossard s'est douté que l'Académie avait mal jugé, *et que la ceinture à flexion pouvait bien n'être que la contrefacon de la ceinture à inclinaison.* Cependant, *averti de cette prétention, M. Guérin,* qui n'aime pas les procès, quelque bons qu'ils soient, *conseilla à M. Charrière de suspendre toute construction de ceintures à flexion.....* »

Nous louerions volontiers le désintéressement et la magnanimité qui éclatent à cha-

que ligne de ce passage, si nous pouvions en admirer au même degré l'exactitude. Malheureusement, il n'est nullement exact que M. Guérin eût produit sa ceinture dans le concours de 1837 ni dans aucun autre concours du monde; dès lors, le mérite est assez mince de n'avoir *retiré aucun profit* d'une indication qu'il n'avait pu donner. Dès lors, la concession magnanime faite aux prétentions de M. Hossard, en haine des procès, perd aussi beaucoup de sa valeur. Et ce qui reste avoué sans retour, c'est que, dès 1837, le lendemain, la veille peut-être de ce fameux prix dont on nous a tant rebattu les oreilles, le lauréat se méfiait de ces grands appareils dont le rapport de l'Institut faisait si bénévolement l'éloge, pour recourir à l'invention un peu plus sérieuse d'un rival qu'il cherchait à écraser.

Et comme enfin ces trois premiers moyens de défense ne paraissaient pas bien solides, alors est apparu le dernier et suprême moyen des causes perdues : *la prescription !*

Pour un « *grand* », pour un « *prince* », pour un « *fondateur de science* », pour un grand prix de l'Institut, LA PRESCRIPTION !

La cour d'appel de Paris :

« En ce qui touche l'exception de prescription :

« Considérant que, dans les conclusions en réponse à l'appel incident, Hossard reconnaît que sa demande doit être restreinte, en conformité de l'article 638 du Code d'instruction criminelle, aux faits de contrefaçon accomplis dans les trois années qui ont précédé les poursuites, ainsi qu'il a été jugé par la sentence interlocutoire du 3 février 1848;

« En ce qui touche les autres exceptions de Guérin, tirées soit de ce qu'il n'a été saisi chez lui aucun appareil argué de contrefaçon, soit de ce qu'il serait resté étranger à la fabrication desdits appareils, soit de ce qu'il se serait, en les ordonnant, renfermé dans l'exercice de l'art médical;

« Considérant que ces fins de non-recevoir ont été appréciées et rejetées par le jugement interlocutoire du 3 février 1848, dont il n'a pas été interjeté appel;

« Au fond :

« A l'égard de Guérin et Charrière,

« Considérant qu'il résulte des débats et des faits et documents de la cause qu'à partir de l'époque où Guérin a cessé d'employer Cottin à la fabrication des ceintures dites à flexion dont il est l'auteur, il a transporté cette fabrication dans les ateliers de Charrière; qu'un ouvrier a été chargé particulièrement de l'exécution des commandes et prescriptions de Guérin; que la responsabilité de Charrière, bien qu'il soit resté personnellement étranger à cette fabrication, résulte de l'assentiment qu'il a donné au travail de son ouvrier; que la responsabilité de Guérin est déjà établie pour les commandes qui sont avouées ou prouvées par le jugement du 3 février 1848; mais qu'il reste, aux termes du même jugement, à examiner la question de contrefaçon relativement aux appareils qui ont été fabriqués chez Charrière sur les commandes et prescriptions de Guérin.;

« Considérant que cet examen doit être renfermé, à l'égard de Charrière, dans la période du 18 décembre 1843 au 17 décembre 1846, date de la saisie faite chez lui, et, à l'égard de Guérin, dans la période du 16 juillet 1844 au 15 juillet 1847, date de la première poursuite dirigée contre lui;.....

« Met l'appel incident de Guérin au néant, et, sans s'arrêter aux exceptions dudit Guérin, dans lesquelles il est déclaré non recevable, déclare contrefaits les appareils saisis de Guérin et de Charrière, maintient les saisies et ordonne, conformément à l'article 49 de la loi du 5 juillet 1844, que lesdits appareils saisis seront attribués et remis à Hossard à titre de dédommagement, et, pour tous autres dommages et intérêts, condamne Guérin et Charrière à lui payer, par les voies ordinaires seulement, la somme de 5,000 francs, qui sera supportée dans la proportion d'un cinquième par Charrière, et du surplus par Guérin, etc. »

Ce procès, et l'arrêt qui l'a terminé, seront des documents essentiels pour l'histoire de l'orthopédie au dix-neuvième siècle. Ils auront aussi, et ce ne

sera pas le résultat le moins important, servi à proclamer la condamnation la plus décisive, puisqu'elle aura été prononcée par l'inventeur lui-même, des lits *à extension sigmoïde* et *à flexions opposées*, malgré les éloges surannés du rapporteur de l'Institut. La ceinture à inclinaison n'a qu'une puissance limitée sans doute ; mais, dès 1838, nous avions reconnu sa supériorité sur tous les appareils alors connus ; et nous la proclamons d'autant plus volontiers aujourd'hui que l'expiration du brevet en a laissé désormais l'usage libre à tous les praticiens. M. J. Guérin, en l'adoptant lui-même, ne lui aura pas rendu un médiocre service ; et comme disait fort bien M. Hossard :

« Si l'amour-propre dans ce monde devait suffire pour faire vivre l'homme, certes M. Hossard n'aurait que des remerciments à adresser au docteur Guérin, pour le plus bel éloge qu'il ait jamais pu faire en se rendant le contrefacteur, disons mieux, le copiste le plus servile d'un appareil qu'il avait, il y a onze ans, disséqué pièce par pièce pour en faire la critique la plus acerbe. »

Nous regrettons d'avoir vu mêlé à ce procès un nom honorable à tous égards, celui de M. Charrière. M. Charrière, qui n'est point orthopédiste, n'avait sans doute pas compris la portée des *applications du système général de la flexion*, et, comme de raison, s'en est reposé du soin de sa défense sur M. Guérin. Celui-ci n'a point trompé sa confiance, et il l'a fait condamner avec lui.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 juin 1852, un concours public sera ouvert le 6 décembre prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégé, savoir : cinq places pour la section de médecine, quatre places pour la section de chirurgie, trois places pour la section des sciences accessoires (anatomie, physiologie et chimie).

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1853.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir : pour la section de médecine, avant le 6 novembre 1852; pour la section de chirurgie, avant le 6 février 1853 ; pour la section des sciences accessoires, avant le 6 mai 1853.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 juillet courant, un concours public sera ouvert le 8 novembre 1852 devant l'Ecole de pharmacie de Paris, pour trois places d'agrégé vacantes dans la section de chimie, de physique et de texicologie de ladite Ecole. Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront immédiatement en exercice.

Les pharmaciens reçus par l'une des trois écoles de pharmacie françaises, qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer, avant le 8 octobre 1852, au secrétariat de l'Ecole de pharmacie de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement du 6 février 1846.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

OF LONDON MEDICAL SOCIETY

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

AOUT 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Sur les abcès et les hydatides du foie qui communiquent avec le poumon et sont rejetés par l'expectoration; *par* **M. Bricheteau**

Il y a dans la science des observations plus ou moins complètes, qui font connaître les voies détournées que prennent quelquefois les collections purulentes ou les hydatides du foie pour se faire jour au dehors; malgré l'épaisseur, la solidité et la différence de texture du diaphragme d'avec celle du foie sur lequel il est immédiatement appliqué, cette cloison musculaire s'enflamme et se perfore, pour donner passage au pus qui s'épanche dans la poitrine.

Il arrive aussi quelquefois, quoique plus rarement, que, par suite de l'inflammation du diaphragme perforé, le poumon contracte des adhérences avec cette cloison membraneuse et fournit une nouvelle issue au pus, qui, labourant en différents sens le tissu pulmonaire, pénètre jusque dans les bronches, et est finalement expulsé par les voies de l'expectoration. Les auteurs qui ont décrit les altérations résultant d'un semblable trajet ne les ont guère considérées que comme des lésions organiques incurables.

M. Cruveilhier, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, dont la date rappelle un temps de ferveur pour cette partie de la science médicale, avait envisagé ces lésions de la même manière. Comme, au surplus, ce sujet est généralement peu connu, je crois devoir faire précé-

der les deux observations que je rapporterai plus loin (dont les sujets ont guéri) de quelques documents historiques.

Tallard, au rapport de Sabatier, pratiqua l'opération de l'empyème à un sujet dont le côté de la poitrine était rempli d'un pus provenant d'une hépatite terminée par suppuration; le malade guérit.

Morgagni, auquel il faut presque toujours remonter quand on veut bien connaître les faits souvent incomplets, il est vrai, qui ont servi de base aux théories modernes de l'organicisme, raconte en peu de mots le fait suivant (1).

Une femme sexagénaire se plaint pendant longtemps d'une douleur au-dessus de la région ombilicale; elle est altérée, elle tousse, elle crache une matière catarrhale, elle respire difficilement; peu de jours avant sa mort, son ventre se tuméfie tout à coup, ses pieds s'œdémacient, et elle succombe après que la douleur avait déjà cessé.

Le ventre contenait une grande quantité d'eau limpide; la rate était doublée de volume; le foie était dur; la vésicule biliaire pleine de calculs lisses. Mais, dans une autre partie, on voyait un amas de vésicules attachées au foie et qui contenaient de la sérosité. Dans la substance même de ce viscère, du côté du diaphragme, on trouva la cavité d'un abcès qui occupait plus du tiers du foie. La matière de l'abcès, après avoir perforé le diaphragme, s'était précipitée dans le côté droit de la poitrine qui était totalement rempli d'un pus sanieux. Le poumon était sain.

Ce fait, comme tant d'autres que rapporte Morgagni dans son ouvrage *Sur le siége et les causes des maladies*, avait été recueilli par son maître Valsalva. Dans les commentaires judicieux qu'il ajoute à cette observation, le médecin de Padoue exprime le regret qu'elle soit si incomplète. Il paraît en effet qu'alors on ne connaissait dans la science aucun fait semblable, si ce n'est pourtant une observation de Stalpart Vander-Wiel (2), où il est question d'une fistule qui unissait un foyer purulent du foie avec la poitrine. Je ne me souviens pas, dit en propres termes le savant anatomo-pathologiste qui avait puisé à tant de sources, d'avoir lu aucun auteur qui ait décrit des altérations semblables; le *Sepulchretum* de Bonnet, qui renferme vingt-trois observations d'abcès du foie, n'en présente aucune de ce genre.

Raymond, de Marseille, contemporain de Morgagni, a publié, dans un appendice de son traité sur les maladies qu'il est dangereux de guérir, une observation très-complète, telle que pouvait la désirer Morgagni, et dans laquelle on trouve les détails les plus précis qui manquent dans celle de Vasalva.

Un homme, dit ce médecin, livré aux travaux du cabinet, éprouve des frissons, des douleurs de côté, une difficulté de respirer, une toux sèche. (*Deux saignées, boissons pectorales, fomentations émollientes.*) So-

---

(1) Lettr. 36, nº 4.

(2) Obs. rar. cent. 1; obs. 46.

lution en apparence favorable, à la fin du deuxième septenaire. Le malade se lève et prend quelques aliments jusqu'au vingtième jour. Mais alors, retour des frissons prolongés, du mouvement fébrile, et des autres symptômes déjà mentionnés. (*Nouvelle saignée.*) Amendement, sueur générale; mais bientôt la fièvre prend le type tierce avec des sueurs abondantes; une toux sèche, une douleur dans l'hypocondre droit, et ensuite des redoublements fébriles reviennent sous les formes les plus irrégulières, avec les caractères de ce qu'on appelait alors la fièvre lente, ou mieux d'une suppuration profonde qui n'échappe pas à la sagacité de l'observateur, quoiqu'il n'y eût rien d'apparent dans la région hépatique à l'inspection et au toucher.

Enfin, au quarantième jour, parurent des crachats purulents, verdâtres et fétides, mêlés de lambeaux ayant l'aspect de la chair hachée. On mit vainement à contribution les balsamiques, les vulnéraires, le lait d'ânesse; le malade succomba à un état d'épuisement et d'étisie.

A l'ouverture du corps, on trouva la partie supérieure du grand lobe du foie en suppuration; le pus avait rongé le diaphragme, et, par cette ouverture, il avait passé dans le lobe droit du poumon, qui était aussi ulcéré, infiltré d'une matière semblable aux crachats que le malade avait rendus.

Longtemps après la publication de l'observation de Raymond, c'est-à-dire en 1811, Hébréard, chirurgien de Bicêtre, fit insérer dans le septième volume des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, un travail sur les terminaisons de l'hépatite.

Après avoir posé en principe, dans ce Mémoire, que le mode le plus fréquent de l'inflammation du foie est la résolution, il établit, néanmoins, qu'il existe dans la science des exemples d'abcès hépatiques, dont les uns se sont vidés dans l'estomac et le côlon transverse au moyen d'une perforation, comme Petit le fils en cite un cas dans son Mémoire sur les apostèmes du foie (1); et dont les autres s'étaient fait jour dans la poitrine et s'étaient vidés par l'expectoration.

Mais l'objet particulier du Mémoire d'Hébréard semble avoir été de constater que les abcès du foie qui se font jour par les bronches ne sont pas toujours mortels. Il produit, à l'appui de cette thèse, deux faits dont nous croyons devoir donner ici une idée succincte.

Dans le premier, il s'agit d'un prisonnier de Bicêtre qui reçut, le 25 germinal an 10, un coup de poing dans le côté droit; huit jours après cet accident, soif vive, chaleur fébrile, douleur dans l'hypocondre droit, respiration libre, aucune toux, mais teinte jaune des pommettes, frissons irréguliers, agitation pendant la nuit, exacerbations, sueurs nocturnes, etc. Ces symptômes s'amendent notablement vers le vingtième jour, sous l'influence de médications appropriées. La teinte jaune s'affaiblit graduellement; mais le trente-septième, douleur de la poi-

(1) Mém. de l'Acad. de chirurg.

trine, toux, expectoration de quelques crachats sanguinolents, etc. (*Vésicatoire, sans aucun effet.*)

Le quarante-unième, expectoration de crachats brunâtres très-abondants presque sans effort. Cette expectoration continue jusqu'au soixante-quatrième jour avec une abondance extraordinaire (1), et le quatre-vingt-huitième, le malade était guéri, après avoir été dans un état squelettique.

Le second malade était un idiot de dix-sept ans qui se plaignait d'une douleur aiguë à la région du foie, et qui ne pouvait supporter aucune pression dans cette région.

Le dixième jour, frissons irréguliers, tension et augmentation de l'hypocondre droit, fièvre et autres symptômes de suppuration profonde, toux vive et suffocation quand on pressait la région du foie de bas en haut.

Le vingtième jour, le foie fait de plus en plus saillie, l'état du malade s'aggrave sensiblement. (*Vésicatoire sur l'hypocondre.*)

Le vingt-cinquième jour, toux subite et presque continuelle avec une grande difficulté de respirer, sans expectoration ; elle persiste jusqu'au trente-sixième jour, où une abondante expectoration de matière couleur lie de vin, qui dure huit jours, produit une amélioration inattendue. Tout cesse le cinquante-sixième jour, où la guérison semblait complète. Toutefois, quinze jours après, le malade eut une rechute : un abcès se prononça au dehors de la région hépatique ; il fut ouvert, et il s'en écoula une grande quantité de matière purulente couleur lie de vin ; il fallut deux mois entiers, diverses médications parmi lesquelles se trouvent indiquées des injections détersives, pour obtenir une nouvelle guérison, qui, cette fois, fut définitive.

Aux deux faits intéressants que j'ai extraits du Mémoire peu connu d'Hébréard, il faut en ajouter quelques autres cités par MM. Monneret et Fleury, dans leur savant Compendium de médecine pratique (article *Foie*) ; et enfin, les deux observations annoncées au commencement de cette note et qui ont été recueillies à l'hôpital Necker.

Obs. I.— Lecoq, maçon, âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, avait joui d'une très-bonne santé jusqu'en 1848, où il contracta, en Algérie, une fièvre intermittente quotidienne qui dura dix mois, quoiqu'on eût combattu cette fièvre, dès l'origine, par l'usage méthodique du sulfate de quinine. Cette maladie parut se transformer en une dyssenterie qui persista pendant quatre mois, et dont le malade fut également traité en Algérie. A peine cette dyssenterie était-elle terminée, que Lecoq fut atteint d'une douleur dans le côté droit qui augmentait par la pression, se propageait à l'épaule du même côté et s'accompagnait d'une difficulté de respirer. Ce malade, après avoir employé divers moyens soit en Algérie, soit Lyon, pour combattre cette dernière affection dont le siége paraissait résider dan le foie, entra à l'hôpital Necker le 20 octobre 1849.

Teint jaunâtre, face altérée exprimant la douleur, respiration difficile sans toux

(1) Deux litres par jour

ni crachats, insomnie, douleur à la partie antérieure de la poitrine, qui se propage en arrière jusqu'à la colonne vertébrale et l'épaule droite; digestion facile, pouls normal, nulle lésion dans la poitrine à l'auscultation et à la percussion; la rate est très-volumineuse; le foie dépasse en bas la dernière fausse-côte d'environ 6 centimètres et s'élève jusqu'à la septième, où l'on perçoit un son mat. On applique successivement des ventouses, des vésicatoires, des cataplasmes laudanisés sur la région hépatique, sans produire aucun changement favorable au malade.

A partir du 15 novembre, les vives souffrances qu'éprouve le malade dans le côté droit font recourir à l'usage externe de la morphine par la méthode endermique, qui produit quelque soulagement. L'absence de tout état fébrile, aussi bien que le facies du malade et la nature des douleurs, nous font penser qu'il est atteint d'un carcinôme du foie.

Le 2 décembre, il est pris de frissons suivis d'une sueur abondante; le pouls devient tout à coup petit et fréquent, la respiration plus difficile, accompagnée de toux sans expectoration. La langue est blanchâtre; on perçoit quelques râles dans la poitrine; la matité de la région hépatique semble s'être étendue. (*Diète, boissons adoucissantes.*)

Le 4, pendant la nuit, Lecoq expectore plus d'un crachoir d'un liquide purulent, rougeâtre, ressemblant à du chocolat au lait, sans odeur appréciable, et ayant, au dire du malade, une saveur de foie salé. Cette expectoration diminua beaucoup la douleur de la région hépatique et de l'épaule droite, et la difficulté de respirer. En auscultant la poitrine, on perçoit à droite en arrière du râle crépitant et de la matité. On remplace l'administration des narcotiques par une décoction de polygala de Virginie et une potion avec l'oxymel scillitique.

L'amélioration se soutient dans l'état du malade; l'expectoration du liquide mentionné plus haut continue dans la même proportion. La douleur, la difficulté de respirer, la fréquence du pouls disparaissent presque entièrement dans l'espace de six jours.

Mais le 10, les crachats se suppriment, la toux redevient fréquente sans expectoration, la respiration difficile, le pouls s'accélère, l'appétit disparaît, la douleur de côté se montre de nouveau et s'irradie vers l'épaule.

Le 12, le malade expectore de nouveau abondamment un liquide amer, ressemblant à de la lavure de chair, auquel il attribue toujours un goût de foie; il en remplit trois crachoirs; dès lors, diminution de la douleur et de la tension hépatique; on ne sent pas le foie au-dessous des fausses côtes.

Cette expectoration continue avec des variations pour la quantité seulement, et des suspensions momentanées jusqu'au 19, époque où il n'expectore plus qu'un demi-crachoir de liquide rougeâtre plus clair que dans les premiers jours. Sa situation s'améliore progressivement; il dort assez bien, il est sans fièvre; les râles constatés dans le poumon droit ont beaucoup diminué.

Le malade, examiné le 4 janvier 1850, présente une respiration normale, n'offre plus de râle à l'auscultation ni de douleur dans la région hépatique. Néanmoins, il a continué à avoir un peu d'expectoration rougeâtre, muqueuse, jusqu'à la fin de janvier; il a repris de l'embonpoint et toute l'apparence de la santé, et est sorti guéri le 19 février.

Je l'ai revu le 19 mai 1850; je l'ai examiné et je n'ai rien trouvé d'anormal dans la poitrine et la région hépatique, sauf un peu d'affaiblissement dans le murmure respiratoire et de gêne dans les grandes inspiration. La santé paraissait excellente.

Obs. II.—Etienne (Adolphine), âgée de trente-deux ans, lingère, sujette depuis son enfance à des douleurs qu'elle rapportait à la région du foie et à quelques légères métrorragies, eut, le 1er juin 1851, des vomissements bilieux accompagnés de dyspnée, de crachats jaunâtres, d'anorexie et de faiblesse générale, d'insomnie, etc. Elle avait, en outre, quelques signes de chlorose, tels que des palpitations, du souffle cardiaque, de l'essoufflement, et se trouvait d'ailleurs enceinte de quatre mois et demi.

Le 2, elle entre à l'hôpital Necker (service de M. Guillot) dans l'état suivant : souffle et frottement pleural au côté droit, matité dans les deux tiers inférieurs de ce côté, égophonie, bruit de souffle au cœur et dans les carotides, inappétence, digestion difficile, constipation, figure pâle et décolorée ; foie volumineux et dont le prolongement ainsi qu'une tumeur qui lui est adhérente, s'étend jusqu'au bord antérieur du bassin et rend un son très-mat à la percussion, qui est fort douloureuse. Les crachats que la malade expectore contiennent une matière jaune, de saveur âcre et amère, et qui, au microscope, ne présente ni granulations, ni trace d'organisation.

Le 10, quoique l'épanchement ait diminué et que l'égophonie ait disparu, la dyspnée continue ainsi que la toux ; la matière de l'expectoration est toujours considérable, jaune et filante. (*Tisane de houblon, mixture opiacée, vin de Bordeaux.*)

Cette matière, traitée par l'acide nitrique, prend une couleur vert-de-gris.

Le 13, en auscultant la malade, on est frappé de l'étendue insolite du bruit respiratoire, et on constate un bruit amphorique ou vibratoire en arrière dans la région lombaire ou thoraco-abdominale et dans tout le poumon droit ; l'on observe en même temps dans le crachoir de la malade de petits kystes membraneux de la capacité d'un œuf de pigeon, nageant dans une expectoration bilieuse jaunâtre : c'étaient vraisemblablement des hydatides.

Le lendemain 14, on constate très-bien la respiration amphorique, dont nous venons de parler, dans la région du foie.

Le 15, la malade a plusieurs redoublements de dyspnée, des vomissements bilieux. Nous examinons de nouveau la malade, M. Guillot et moi, et nous constatons, pour la troisième fois, le souffle amphorique dans le poumon droit, et une pectoriloquie très-marquée dans la région hépatique en avant et en arrière.

Les jours suivants, jusqu'au 21, l'état de la malade s'améliore ; l'expectoration est moins considérable ; les vomissements cessent ; on donne quelques aliments qui sont bien supportés ; il y a un peu de sommeil.

Le 25, les crachats deviennent aérés, perdent leur couleur jaune et disparaissent entièrement.

Le 26, la malade reprend ses forces, sa gaîté, son appétit ordinaire, et ne tarde pas à sortir de l'hôpital. Nous l'avons auscultée avant son départ, et nous n'avons plus trouvé qu'un peu de respiration rude en haut et à droite et de bronchophonie confuse, mais aucune trace de la respiration amphorique dont il a été question plus haut. Le ventre est toujours douloureux à la pression, et la présence de l'utérus, qui renferme un fœtus de quatre à cinq mois, rend difficile l'examen des viscères abdominaux, et empêche d'apprécier rigoureusement la diminution survenue dans le volume du foie.

Les deux observations qui précèdent, quoique imparfaitement recueillies peut-être, présentent néanmoins des particularités dignes d'intérêt, et il est impossible de se rendre compte de certains phénomènes

qu'elles renferment sans admettre qu'une collection purulente ou de toute autre nature se soit primitivement formée dans le foie et ait été évacuée par les bronches.

Plusieurs symptômes, tels que le gonflement du foie, les vives douleurs éprouvées par les malades dans la région de ce viscère, le goût de foie spontanément accusé par un de ces deux malades, etc., indiquent plus explicitement la nature du mal, surtout quand leur disparition coïncide avec l'évacuation abondante d'une matière couleur lie de vin. Sans doute, cette coïncidence est moins frappante dans la seconde observation que dans la première. Toutefois, la perception d'une respiration amphorique, d'une sorte de pectoriloquie dans la région du foie, n'est explicable que par l'existence d'une communication entre une excavation hépatique et un trajet fistuleux creusé dans toute l'étendue du poumon droit. Peu de symptômes généraux, il est vrai, accompagnaient tout ce désordre, ce qui fait penser que ces deux maladies étaient chroniques, comme semblent l'établir d'ailleurs les antécédents de ces deux malades. Tous deux, en effet, éprouvaient depuis longtemps des accidents caractéristiques d'une lésion ancienne du foie.

Du traitement de la fièvre typhoïde, *par la méthode de* M. Worms; *par* **M. Guipon**, *D. M. P., médecin militaire.* (Suite et fin.)

A l'aide de cette méthode, il arrive très-souvent (d'après M. Worms, 15 fois sur 20) d'enrayer la maladie, et de l'amener à son terme dans l'espace de cinq à huit jours. Quant on ne réussit pas à la couper ou qu'elle arrive toute développée, on la voit marcher paisiblement, obéir, pour ainsi dire, au traitement, marcher sûrement et promptement, sans orages, vers une convalescence franche, nette, où la rechute est, en quelque sorte, sans exemple, dans laquelle le malade n'a perdu ni les forces ni la couleur, et n'est sujet à aucun accident inquiétant. La maladie dure ordinairement, dans ce cas, une quinzaine de jours, et le vingtième, il est rare que le malade ne se promène ou ne mange pas à sa volonté. Je n'ai presque jamais eu l'occasion d'observer de gangrènes, ni de parotides, ni de perforations ou de phthisies intestinales; en conséquence, d'une manière générale, marche plus simple de l'affection primitive, fréquence moins grande d'accidents secondaires, sûreté de pronostic plus grande, guérison plus fréquente, plus complète, plus rapide, convalescence moins longue.

Obs. I. — Charot, 58e de ligne, âgé de 23 ans, 2 ans de service, bonne constitution, tempérament bilieux-sanguin; santé antérieure intacte.

Le 12 mai 1850, veille de son entrée au Gros-Caillou, frisson, céphalalgie, douleur épigastrique, affaissement, lassitude.

Le 13, jour de l'entrée, pas de traitement.

Le 14. Prostration extrême, décubitus dorsal; face allumée, yeux fixes; peau brûlante, sèche; insomnie, rêvasseries; soif vive, fuliginosités des gencives;

langue sèche, visqueuse, jaune sur les bords; narines pulvérulentes; douleur épigastrique; gargouillements iliaques; constipation depuis trois jours; pouls à 124; pas de râles dans la poitrine. — *Diète; tilleul édulcoré chaud; trois potions sulf. quin., à 0,6, à prendre en trois fois dans la journée; deux potions nit. camph., nitre 4 gr., camphre, 0,05.*

Le 15. *Rémission sensible* dans les symptômes, prostration et hébétude moindres; face rouge, mais plus reposée; a dormi deux heures, mais avec cauchemar; peau moins chaude, plus souple; *il n'y a plus de céphalalgie;* langue rouge foncé, mais moins visqueuse; soif; trois selles; la tête tourne encore dans la station verticale; sentiment de lassitude moindre, pouls à 106, moins dur, moins large, plus dépressible, plus sec. — *Bouillon, demie de vin; même prescription pour le reste.*

Le 16. Mieux total; a sommeillé presque toute la nuit; soif moins vive; figure reposée, paisible; peau douce; pouls à 96, assez plein; six ou sept selles; gargouillement et douleurs iliaques bien moindres; langue rouge au milieu, un peu saburrale sur les côtés, mais humide. — *Vermicelle, demie de vin, till., pot. ipéca stib.; deux pot. sulfate quinine, une à 0,5 pour le matin, et l'autre à 0,3, pour le soir.*

Le 17. Moins bien; prostration, hébétude; réponses embarrassées; regard fixe; a voulu se lever hier soir; fuliginosités des dents; langue sèche, gargouillements iliaques; pouls à 96. — *Diète; tilleul, trois pot. sulf. q. à 0, 6; deux pot. nit. camph., lavem. émoll.*

Le 18. A déliré la nuit; face un peu plus animée, réponses plus nettes; cependant langue sèche, fuligineuse; taches pétéchiales sur la poitrine; prostration; pouls à 66, peu développé. — *Bouillon, trois quarts de vin; tilleul, arnica; trois pot. sulf. quin. à 0,6, camph. à 0,05; pot. gomm. avec acide chlorhydr., 2 gr.*

Les 19-20. Amélioration; même régime.

Le 21. L'amélioration continue, bonne nuit; peau rouge, fraîche; pouls à 68; langue humide. — *Bouillon, trois quarts de vin; tilleul, deux pot. sulf. quin. à 0,5; deux pot. nit. camph.*

Le 22. Va bien; bonne nuit; se lève.

Le 23. Idem. — Quart, côtelette, omelette, trois quarts de vin; eau gomm., décoct. quinquina.

Le 28, sortant.

Cette observation montre bien manifestement l'influence du traitement. Le sulfate de quinine et la potion nit. camph. donnés le 14, les principaux symptômes sont amendés dès le lendemain; le pouls tombe de 121 à 106, la céphalalgie cesse; il y a du mieux. Le 16, encore du progrès, le pouls est à 96; mais on trouve la langue sèche, on craint quelque complication du côté des organes digestifs, on donne un vomitif; il se fait, pendant deux jours, une lutte dans l'économie; on insiste sur le traitement primitif; des symptômes de putridité se montrent, on donne le vin en plus grande quantité, l'arnica, l'acide chlorhydrique en potion, en même temps que le reste du traitement. Le 19, l'amélioration se montre et va rapidement en augmentant, si bien que, dès le 22, le malade se lève, mange, et que le 23, il est au régime de la convalescence, prend une décoction de quinquina pendant quelques jours, et sort le 28. La médication n'a donc duré que huit jours, et la convalescence six à peu près, en tout quatorze jours; mais la maladie a été prise au début.

Obs. II.—Delaunay, 4e de ligne, âgé de vingt-sept ans, six ans de service, constitution forte, tempérament sanguin, a eu la dyssenterie à Bordeaux, il y a deux ans, est resté trente jours à l'hôpital.

Le 25 mai. Hier matin, en se levant pour aller à l'exercice, il s'est senti la tête lourde, frisson intense, céphalalgie vive qui l'empêcha de dormir; le 23, il avait encore fait son service et très-bien mangé. Dans la nuit du 23 au 24, forte transpiration, lassitude, douleurs dans les articulations; soif, inappétence, trois à quatre vomissements bilieux; coliques, quatre à cinq selles liquides; bruit dans les oreilles. Aujourd'hui, on constate de plus la chaleur et la sécheresse de la peau, la sécheresse et la blancheur de la langue; un peu de douleur iliaque, pas de gargouillement ni aucun autre signe; n'a pas dormi cette nuit; pouls à 116, peu développé. — *Diète, trois quarts de vin; tilleul; deux potions sulf. quin.*, 0,6.

Le 26. Même état; douleurs, coliques, diarrhée. — *Même régime; deux potions sulf. quin. laudan.*; *deux quarts de lav. téréb. à 4 gr.*

Le 27. Va mieux; lassitude toujours très-grande; *une selle;* n'a point dormi la nuit à cause du brisement général; la peau est souple, fraîche, la langue bonne; le pouls à 100.—*Même prescription.*

Le 28. Exacerbation des symptômes; n'a pas encore dormi depuis quatre jours; céphalalgie frontale persistante; douleur des oreilles, soif intense, dégoût des boissons douces; langue rougeâtre, visqueuse; gencives rouges avec enduit micacé, visage fatigué, un peu de chassie à l'angle externe des yeux (indice de gravité plus grande et même de danger pour M. Worms); lassitude extrême, gargouillements, douleurs dans la région iliaque, en l'absence même de la pression; le malade se plaint beaucoup de cette douleur, et ne se trouve bien dans aucune position; peau sèche, chaude; pouls peu développé, faible, à 112; cinq selles liquides.—*Bouillon, trois quarts de vin; eau gomm., sulf. quin.*, 0,5; *laudan.*, 1 *gr.*; *une autre potion sulf. quin.*, 0,5, *simple pour le matin; quart de lav. téréb.*, 4 *gr.*

Le 29. Rémission notable, a dormi; céphalalgie moindre, ainsi que la douleur iliaque; pouls à 92; trois selles, langue meilleure. — *Même prescription, une potion sulf. quin.*, 0,5; *laudan.*, 1 *gr.*; *une potion sulf. quin.* 0,6; *deux quarts lav. téréb.*; *eau de Vichy.*

Le 30. Le mieux continue; peau encore sèche, cinq selles pendant la nuit, soif moins vive, langue assez bonne; pouls à 88, peu développé.—*Même régime, deux potions sulf. quin.*, 0,5; *eau de Vichy; deux quarts de lav. téréb.*

Le 31. Bien; une épistaxis, trois selles, encore un peu de gargouillement iliaque; 84 pulsations.

Le 1er juin. Va de mieux en mieux; la peau est souple, fraîche.—*Soupe, pommes cuites, trois quarts de vin, eau gomm.; sulf. quin.*, 0,5.

Le 4. Va bien; le mal de tête est un peu revenu. — *Vermic. gras, eau gomm.*; *potion ipéca stibiée le matin; sulf. quin. à* 0,6, *à trois heures.*

Le 5. Grand soulagement.

Le 7. Va tout à fait bien. — *Trois quarts d'aliments et de vin; vin de quinquina; ne prend plus de sulfate de quinine depuis le* 3. — Huit à dix jours de traitement.

La marche de celle-ci a été plus irrégulière que celle de la précédente; mais on a pu encore très-bien saisir l'influence du sulfate de quinine, et de plus celle des lavements térébenthinés. Comme l'élément inflammatoire réactionnel était nul ou peu prononcé, on n'a pas employé le nitre camphré.

Obs. III. — Hoët, 7e d'artillerie, âgé de vingt-deux ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique, n'a jamais eu que des indispositions de quelques jours.

Le 11 mai, il a été pris de céphalalgie intense, de fièvre, qui est restée continue, avec exacerbation dans l'après-midi; soif, inappétence, bouche mauvaise, lassitude, nuits avec sommeil agité, rêvasseries, bruits et douleurs des oreilles à la pression, coliques; n'a rien pris à la caserne.

Le 13, entre au Gros-Caillou; pas de traitement.

Le 14, les symptômes ne sont pas encore nettement dessinés; on suppose une fièvre rémittente, et on prescrit : *diète, tilleul, deux potions sulf. quin.*, 0,6.

Le 15. Prostration, hébétude, céphalalgie moindre, brisement général, deux épistaxis, bruits d'oreille très-forts, soif, trois selles liquides; peau modérément chaude, souple; langue rouge foncé, sèche; gargouillements et douleurs iliaques; pouls à 108, moyennement développé, fort, résistant; pas de râles dans la poitrine. —*Diète, trois quarts de vin, tilleul,* 3 *sulf. quin., deux potions nit. camph.*

Le 16. *Mieux sensible;* a dormi six heures, avec quelques réveils; visage reposé, céphalalgie moindre, bruits d'oreille encore existants, ventre tendu, douleur iliaque, chaleur de la peau modérée; langue rouge foncé, mais humide; pouls à 100, peu développé; lassitude générale. — *Bouillon, trois quarts de vin, orge; sulf. quin.*, 0,6; *sulf. quin.*, 0,5; *deux potions nit. camph.*

Le 17. Cinq selles, rêvasseries; pouls à 96, vibrant; réponses nettes, chaleur modérée. — *Bouillon, trois quarts de vin, tilleul;* 3 *sul. quin.*, 0,6; *deux potions nit. camph.*

Le 18. N'a pas dormi, rêvasseries continuelles, bruits des oreilles, céphalalgie, langue plus sèche, météorisme; pouls à 88, roide; réponses claires; la diarrhée continue, soif vive. — *Bouillon, trois quarts de vin, trois litres de tilleul;* 3 *sulf. quin.*, 0,5; *deux potions nit. camph.*; *deux quarts lav. téréb.*

Le 20 et le 21. Agitation, délire nocturne, épistaxis; deux selles liquides, abondantes; sueurs, facies stupide, langue encroûtée, *surdité* (bon signe pronostique pour M. Worms), ventre dur, gargouillements, pouls à 100, peau chaude. — *Même prescription.*

Le 22. Un peu de mieux; a déliré hier dans la journée, a voulu partir; nuit agitée, trois selles; facies plus tranquille, plus ouvert; intelligence plus nette, surdité plus grande, peau moins chaude, pouls à 100, ventre météorisé, gargouillements.—*Diète, trois quarts de vin;* 2 *sulf. quin.*, 0,6; *deux potions nit. camph.*; *deux quarts lav. téréb.*

Le soir. Météorisme considérable, grande agitation, a voulu se lever plus de vingt fois; pommettes rouges, peau sèche, brûlante; pouls dur et fréquent. Il est prescrit une potion nitrée de plus, en vue de favoriser la crise, qu'on suppose devoir s'effectuer bientôt.

Le 23. Le délire a été grand dans la nuit, on a été forcé d'attacher le malade; une selle liquide, soif; dents, gencives, lèvres et langue fuligineuses; sopor; le malade répond aux questions, mais retombe assoupi aussitôt après; il tire la langue avec difficulté; la surdité semble moindre, le météorisme a diminué, la douleur iliaque s'est étendue, gargouillement profond; éruption de taches lenticulaires sur le ventre, peu sur la poitrine, il y en a sur les avant-bras; *miction involontaire;* râles sous-crépitants secs à la partie inféro-postérieure droite; pouls de 98 à 100, assez développé, mais peu dur; peau plus souple, moins sèche. — *Bouillon, trois quarts de vin, tilleul;* 3 *sulf. quin.*, 0,5; *trois potions nit. camph.*; *un quart lav. téréb.*

Le 24. Un peu de mieux, nuit tranquille, une selle; figure plus intelligente, yeux plus reposés et plus ouverts; peau moins chaude, plus souple; sudamina dans toute l'étendue des bras, sur le ventre; langue et dents toujours fuligineuses, pouls à 94.—*Même prescription, moins le lav. téréb.*

Le 25. Nuit tranquille, une selle, surdité revenue, soif vive, peau marbrée, langue et muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge fuligineuses et fendillées, pouls à 100.—*Même prescription.*

Le 26. Même état. La prescription est la même, sauf qu'on a remplacé une potion nitrée par une avec oxyde blanc d'antimoine, 3 gr.; camph., 0,05.

Le 27. Le malade a bien dormi la nuit, le jour a été agité par des rêves; trois selles liquides; soif toujours vive; surdité, la tête tourne; épistaxis; langue fendillée, saignante, sale; peau chaude, couverte de marbrures et de sudamina au cou; ventre météorisé, sonorité tympanique, *intelligence nette,* pouls à 94. — *Même prescription, plus deux litres de limonade citrique en sus du tilleul, deux quarts lav. téréb.*

Le 28. Va mieux, a dormi, a eu des rêves, mais moins; jactitation, bruits des oreilles et surdité; langue visqueuse et sale, mais n'est plus fendillée; météorisme moindre, pouls à 94. — *Même prescription, moins la potion d'oxyde d'antimoine camphrée.*

Le 29. Le sulfate de quinine a été oublié hier, et il y a eu un peu d'exacerbation; délire loquace toute la nuit, trois selles, un épistaxis; sudamina sur toute la moitié gauche du tronc, pas à droite; pouls assez faible, à 88; surdité persistante. —*Bouillon, trois quarts de vin, tilleul; trois potions sulf. quin.,* 0,5; *deux potions nit. camph., deux quarts lav. téréb.*

Le 30. Etat moins satisfaisant, sudamina toujours abondants du côté gauche, somnolence continuelle, langue fuligineuse et sale, trois à quatre selles; la surdité a augmenté.—*Même prescription, moins le lav. téréb.*

Le 31. Sudamina abondants des deux côtés, pas de modification dans l'état général.—*Même prescription.*

Le 1er juin. Mieux; le pouls est tombé, l'intelligence est nette, la surdité encore complète, râles dans la poitrine; crachats visqueux, difficiles. — *Même régime; deux potions sulf. quin., à* 0,5 *seulement; potion kerm.,* 0,3; *camph.,* 0,2.

Le 2. A dormi toute la nuit, demande à manger; les crachats sont plus faciles; pouls tranquille, encore un peu vibrant; les sudamina s'effacent.—*Bouillon, œuf, trois quarts de vin; même prescription, bain de dix minutes à une demi-heure.*

Le 4. Va toujours mieux, l'œil s'éveille, bruit de souffle et voix retentissante postérieurement et en haut, crachats visqueux et légèrement colorés; le pouls est tranquille, un peu sec; peau douce; le ventre tombe; *le malade réclame à manger.* — *Soupe, œuf, pommes cuites; lichen, tilleul; deux potions kerm.,* 0,3; *camph.* 0,5; *potion avec* 8 *grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.*

Le 5. Le mieux continue, le ventre n'est pas encore bien souple; pas de selle, langue rose, crachats un peu moins visqueux, râle sonore généralement répandu dans la poitrine; l'appétit se soutient, faiblesse encore très-grande, peau douce; pouls à 78, un peu vibrant.

Le 7. Entre en convalescence.—*Quart, côtel., pain, trois quarts de vin, limon. cit.; potion chlorhyd. ammon.*

Le 9. Convalescence franche; le malade attend un congé de convalescence, et continue à prendre encore quelques jours la potion de sel d'ammoniaque.

Voilà certes un cas de fièvre typhoïde nettement et gravement des-

sîné ; tous les symptômes ont successivement existé, et avec intensité ; la complication pulmonaire a eu lieu ; le traitement a gouverné la maladie, a eu raison de tous les accidents ; l'intelligence s'est conservée intacte, la fièvre n'a pas dominé, les complications ont été peu de chose. La médication a duré à peine vingt jours ; c'était un cas mortel, ou qui pouvait durer quarante jours, cinquante jours, deux mois, trois mois, comme on en voit avec d'autres traitements. Enfin, la convalescence a été courte et facile ; les forces, qui ont été soutenues et non déprimées, se sont relevées facilement et promptement ; ni gangrènes, ni diarrhées, aucun des reliquats ordinaires.

Obs. IV. — Jousse, 6e bataillon de chasseurs à pied, âgé de vingt-quatre ans, deux ans et demi de service, constitution moyenne, tempérament bilieux lymphatique ; santé antérieure bonne.

La maladie a commencé, il y a dix jours, par un mal de tête, auquel a succédé, au bout de trois jours, une grande lassitude ; brisement général ; nuits agitées, troublées par des rêvasseries ; bourdonnements d'oreille, épistaxis fréquentes et abondantes, bouche mauvaise ; deux selles par jour : il a pris une bouteille d'eau de Sedlitz au quartier,

Entré le 11 août au Gros-Caillou ; pas de traitement.

Le 12. Etat semblable ; facies pâle ; peau sèche, chaude ; taches lenticulaires assez nombreuses, sur le ventre surtout ; ventre ballonné, gargouillement et douleur iliaques ; langue rouge rosé, sèche ; soif ; pouls plein, roide, à 88 ; la rate est un peu plus développée que normalement, selles nombreuses. — *Diète, tilleul ; deux potions sulf. quin.*, 0,5 ; *camph.*, 0,5 ; *deux quarts lav. téréb.*

Le 13. A eu une épistaxis abondante d'un demi-litre environ ; la figure ainsi que toute l'habitude extérieure sont pâles ; on remarque des pétéchies sur le tronc mêlées aux taches lenticulaires ; la peau est chaude, sèche ; langue bonne ; pouls à 88, peu résistant ; un peu de délire la nuit, une selle. — *Bouillon, trois quarts de vin*, 3 *limon. sulf.* ; 1 *sulf. quin.*, 0,5 ; *camph.*, 0,05 ; *un quart lav. téréb.*

Le 14. Les caractères se prononcent de plus en plus ; décubitus dorsal, regard fixe, météorisme ; langue rouge brun, collante, un peu fuligineuse, de même que les dents ; délire la nuit, quatre à cinq selles. — *Diète, trois quarts de vin*, 3 *limon. sulf.* ; 3 *sulf. quin.*, 0,5 ; *deux quarts lav. téréb.*

Le 15. Va mieux ; nuit tranquille, avec sommeil ; deux selles, météorisme moindre, figure calme, soif encore vive ; langue plus humide, moins rouge ; pouls à 84, petits gargouillements iliaques, ressemblant à de la crépitation. — *Bouillon, trois quarts de vin ; le reste* ut suprà.

Le 16. Etat semblable, mais un peu plus de chaleur et de sécheresse de la peau ; pouls roide, dur ; l'appétit se fait sentir (il a mangé frauduleusement), le météorisme a augmenté ; soif plus vive. — *Deux potions nit. camph.* ; *le reste* ut suprà.

Le 17. Amélioration sensible ; le pouls est tombé, moins dur ; peau plus douce, météorisme moindre, soif ; dort le jour et pas la nuit ; *deuxième éruption* lenticulaire sur le ventre et au devant des aisselles ; trois à quatre selles ; se plaint de fourmillements dans la tête ; ouïe moins bonne ; a voulu s'échapper de son lit hier matin.—*Régime et prescription* ut suprà.

Le 18-19. Mieux ; l'éruption existe encore. Rien de changé dans les prescriptions.

Le 20. Etat à peu près semblable ; pas de selle, sudamina sur le ventre, pâleur générale.—*Même prescription*, 2 *sulf. quin.*, 0,6.

Le 21.-22. Etat moins satisfaisant; figure pâle, fatiguée; langue rouge, lisse, sèche; pouls petit, concentré, à 88; deux selles; nuit assez bonne; les sudamina se dessèchent; *troisième éruption* lenticulaire sur le ventre et la poitrine; *bronchite générale* avec expectoration abondante, épaisse et facile.—*Demie, potion ipéca stibiée;* 2 *sulf. quin.*, 0,5; *le reste* ut suprà.

Le 23. *Le malade a eu des sueurs* qui ont un peu amélioré son état; pouls plus régulier, langue moins rouge; *deuxième éruption* de sudamina; pas de selles, trois vomissements par la potion ipéca.—*Bouillon, pruneaux; trois quarts de vin; till., pot. chlorhyd. ammon., sulf. quin.*, 0,5.

Le 24. Pouls plus ferme, plus résistant, plus développé, à 80; peau bonne, figure plus reposée; nuit bonne, pas de selle; langue rouge, lisse; appétit, météorisme bien moindre. — *Vermic., prun.; le reste* ut suprà.

Les 25, 26, 27. Le mieux se fait graduellement; sueurs, *troisième éruption de sudamina;* nuits bonnes, appétit; langue comme précédemment; pouls lent, peu développé; pas de selle. —*Soupe au lait, pruneaux, trois quarts vin, till. eau de Vichy, lav. émoll.*

Le 28. *Quatrième éruption de taches*, mais plus légère, les sudamina existent encore; pouls bon, calme, idées nettes; un peu de crépitation iliaque encore, mais plus de douleur ni de météorisme; langue bonne.—*Soupe, œufs, pruneaux, trois quarts vin, limon. sulf.*

Le 30. Convalescence franche; coloration rosée des joues, regard limpide, joyeux; respiration libre, ample; langue nette, rose; ventre souple, indolore; peau un peu sèche, mais sans chaleur; pouls naturel; bon sommeil et bon appétit; les forces reviennent.—*Quart côtel. trois quarts vin, limonade sulf. lavem. émollient.*

Le 31. Même régime, puis bientôt la demie. Attend son congé de convalescence, qu'il reçoit le 15 septembre, jour de sa sortie.

Si une maladie grave, avec des symptômes opiniâtres, multiples, a été heureusement influencée par un traitement, c'est celle-là. Caractères marqués de la fièvre typhoïde; onze jours sans traitement; quatre éruptions de taches lenticulaires, trois de sudamina; accidents de complication du côté de la poitrine. Guérison en dix-huit jours, et, comme toujours, passage rapide de l'état grave à l'état de convalescence. Le 22, l'affection typhoïde est en plein développement, au *summum*, si je puis dire; et le 30, le malade sourit, réclame à manger, mange avec profit; tous les accidents ont cessé; la vie est sauvée. Nous ne laisserons pas cette observation sans faire remarquer encore le résultat heureux qu'a produit le vomitif administré le 22. Il a été un véritable coup de baguette qui a changé soudain, *à vue*, toute la scène morbide. Tous les avantages, annoncés plus haut, n'ont-ils pas été démontrés jusqu'à l'évidence dans cette observation, qui semble avoir été faite pour en être un témoignage exprès?

Obs. V. — Morin, 7e chasseurs à pied, cinq ans de service, âgé de 25 ans, constitution forte, tempérament bilieux nerveux, santé antérieure bonne, a eu des ulcères syphilitiques cette année (trois mois de traitement).

Le 23 août. A l'issue d'une garde, il y a trois jours, il fut pris d'un mal de tête violent, diarrhée, nausées et vomissements bilieux; douleur épigastrique, soif intense, bourdonnements d'oreille, puis surdité, brisement général. De garde ce jour

même, je le reçois et constate les signes suivants : état saburral de la langue, dépression notable des forces, teinte terreuse de la peau, yeux abattus ; fréquence et petitesse du pouls (130 pulsations), pas de selles depuis la nuit dernière ; difficulté à saisir les questions. — *Diète, tilleul chaud, potion ipéca stibié, sulf. quin.* 0,5.

Le 24. La potion vomitive a produit plusieurs vomissements, six à huit selles, la cessation graduelle de la surdité, et un assez bon sommeil. Le malade se plaint de douleur splénique (rate à 12 centimètres) ; teinte blafarde particulière de la peau, ressemblant à celle des fièvres invétérées ; douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, langue blanche sur les bords, et rouge à la pointe ; nausées, pouls petit, fréquent, dépressible, à 136 ; peau sèche et chaude. Les matières vomies sont un liquide brunâtre, ressemblant à de l'urine foncée, coloré légèrement par la matière colorante de la bile ; un peu de matière grasse à leur surface. (*Diète, trois quarts vin, till.*, 3 *sulf. quin.* 0,5, *deux potions nit. camph.*, *un quart lavem. térèb.*

Le 25. État général à peu près semblable, avec plus de chaleur ; huit selles, nuit agitée par des rêvasseries ; pouls plus développé, plus résistant, à 116 ; peau chaude, halitueuse ; douleur iliaque droite, douleur splénique constante ; rate un peu plus développée (à 15 centimètres) ; teinte terreuse plus prononcée, abattement considérable. — *Diète, limon. sulf.*, *le reste* ut suprà.

Le 26. Quatre selles ; nuit agitée, avec rêvasseries et délire loquace ; peau chaude, pouls assez plein, mais pas résistant, à 116 ; bourdonnements d'oreille, et ouïe dure de nouveau ; douleur pleurétique à gauche ; matité, bruit de souffle, absence de résonnance de la voix jusqu'au tiers moyen du même côté, antérieurement la respiration est bonne ; crachats muqueux (complication de pleuro-pneumonie) ; teinte terreuse générale, et bronzée de la face, lèvres livides, langue d'un blanc sale ; rate encore plus développée (à 17 centimètres). — *Diète. limon. sulf.*, *trois sulf. quin.* 0,5, *deux potions nit. camph. ; cinq ventouses sèches* loco dolenti, *ainsi que des fomentations chaudes composées d'alcool camphré et de* 1/6 *d'ammoniaque.*

Le 27. Trois selles : nuit toujours très-agitée, pouls à 110 ; le bruit de souffle a augmenté d'étendue et d'intensité, il s'élève jusqu'à l'épine de l'omoplate, tout à fait tubaire, sans râles ; la douleur, la faiblesse sont extrêmes ; les nausées que le malade éprouve dans la station assise empêchent de compléter les recherches ; la douleur de côté a diminué après les ventouses et les fomentations, mais la respiration est gênée et entrecoupée ; crachats rouillés et suspendus dans le crachoir au milieu d'une quantité considérable de mucosités limpides ; le malade vient d'en expectorer un qui est caractéristique, visqueux, compacte, et adhérent au vase qu'on a vidé. — *Deux potions oxyd. antim.* 4 *gr.. camph.* 0,1, *deux quarts lav. térèb.*; *lotions chaudes avec vinaigre et alcool camphré.*

Le 28. Deux selles, nuit agitée, toux fréquente, crachats rouillés abondants, mêlés de grosses bulles, visqueux, douleur splénique toujours aussi forte et aussi étendue que le premier jour ; la rate a pourtant diminué (14 centimètres) ; douleur iliaque persistante, la lividité des lèvres moindre ; somnolence, bourdonnements d'oreille, et surdité complète, langue assez bonne ; le mal de tête ne se fait sentir que dans les efforts de toux ; expectoration plus facile, figure moins bronzée ; pouls petit, vibrant, peu résistant, à 110 ; peau chaude et halitueuse ; 48 inspirations, bruit de souffle moindre, pas de râles crépitants ; faiblesse extrême. — *Limonade sulf. pector. id.*, 2 *sulf. quin.* 0,5 ; *trois potions oxyd. antim.* 4 *gr. émétique* 0,05, *camph.* 0,2 ; *frictions, large vésicatoire.*

Le 29. Trois selles, délire toute la nuit; crachats plus foncés, livides, difficiles et par petites quantités; prostration et abattement complets, les questions fatiguent le malade; le vésicatoire n'a pas bien tiré; faiblesse toujours plus grande, bruit de souffle général et intense, tout le poumon est hépatisé; respiration encore plus difficile à 52; peau jaune, pâle, terreuse en d'autres points, sèche, chaude; pouls à 120, assez soutenu. — *Diète, trois quarts de vin; limon. sulf. et arnica; 3 sulf. quin.* 0,5, *camph.*, 0,05; *deux potions oxyd. antim. 4 gr., émét.* 0,3, *camph.* 0,2.

Le 30. L'état général semble un peu meilleur, le malade répond mieux aux questions; teinte générale plus jaune, approchant de celle de l'ictère, mais avec un fond plus terne; les sclérotiques sont également d'un jaune grisâtre; langue sèche et noire, soif vive, boudonnements d'oreille, l'ouïe imparfaite; douleur iliaque, peau sèche et rugueuse, pouls à 120, plus ferme, plus résistant; respiration toujours courte de 50 à 52; râles muqueux à gauche, en haut et en avant; en arrière, souffle et voix tubaires un peu moindres; douleur splénique persistante, quatre selles liquides; le malade se trouve un peu mieux. — *Bouillon coupé, trois quarts de vin; till., arnica; deux vins sucrés avec teint. de cann. 8 gr.; deux potions sulf. quin.*, 0,6; *camph.*, 0,2; *même potion, oxyd. et tart. antim., camph.; lav. téréb. lot.*

Le 31. Mieux sensible; figure plus animée, peau moins terreuse; yeux plus expressifs, réponses plus nettes; l'espoir renaît, le malade sourit; forces plus satisfaisantes, permettant mieux l'examen de la poitrine; la respiration ne s'étend plus postérieurement à gauche, le souffle tubaire a presque disparu; matité complète dans les deux tiers inférieurs, absence de résonnance vocale, épanchement pleurétique, à travers lequel on entend quelques bulles de râle crépitant de retour inférieurement, assez grosses et humides antérieurement, râle muqueux en haut; chaleur convenable de la peau, crachats plus faciles, respiration à 44, moins difficile, pouls à 112. — *Limon. sulf.; le camphre est augmenté de* 0,1, *dans les potions; antim.; deux potions chlorhyd. d'ammon.; le reste* ut suprà.

Le 1er septembre, Hier dans l'après-midi, on a constaté une exacerbation légère; pouls plus accéléré de 10 pulsations, pommettes rouges le matin; l'état général est assez bien, respiration encore un peu plus facile, pouls assez soutenu à 112; crachats uniquement muqueux, mais encore visqueux, teinte de la peau meilleure; le malade ne veut plus de bouillon, *il aimerait mieux manger quelque chose;* plusieurs selles. — *Même prescription.*

Le 2. On le trouve endormi à la visite; au réveil, la figure est calme, la langue humide mais d'un blanc grisâtre partout, excepté à la pointe qui est rouge; pouls tendu, dur, à 104, cinquante-deux inspirations, cinq selles; douleur iliaque persistante, encore un peu de douleur splénique, mais la rate a beaucoup diminué de volume; le vésicatoire tire bien et laisse couler un liquide purulent de bonne nature; le souffle est revenu postérieurement, il est considérable, presque amphorique et mêlé, à l'expiration, de quelques bulles crépitantes sèches et fines dans les deux tiers inférieurs; la faiblesse du malade ne permet pas de compléter l'examen; antérieurement, on entend un peu de souffle en haut et un bruit respiratoire faible en bas, un peu de râle muqueux aussi en haut; rien du côté des crachats; sudamina sur l'abdomen et autour du cou. — *Même prescription.*

Le 3. Le pouls est meilleur, cent pulsations, moins dur, plus développé; quarante inspirations encore courtes; crachats nombreux, muqueux, visqueux; quatre selles, douleur iliaque toujours grande; sudamina flétris et d'autres nouveaux; langue humide, saburrale, signes stéthoscopiques meilleurs; le souffle n'est plus tubaire, le râle muqueux s'entend de haut en bas mêlé à des bruits de frottement pleural;

un peu de sueur cette nuit. (*Demi-crème de riz; till., lim. sulf.; 2 sulf. quin.*, 0,5 ; *deux potions oxyd. antim. émét.*, 0,2, *camph.*, 0,4 ; 2 *vins de cannelle ; un quart de lav. téréb., lot.*) Le soir, légère exacerbation ; pommettes un peu colorées; dix pulsations de plus ; on fait suspendre les vins de cannelle.

Le 4. A dormi un peu la nuit ; facies meilleur, deux selles, langue un peu sèche et sale, pouls à 96, moins dur, peau plus souple ; sudamina abondants autour du nombril, au pli des aines et sur toute la partie médiane de la poitrine et de l'abdomen ; quarante inspirations ; le frottement pleural et le râle muqueux sont plus prononcés en arrière ; le bruit de souffle est tout à fait supérieur et peu intense, antérieurement on ne perçoit rien ; le vésicatoire tire toujours beaucoup, mais il fait souffrir le malade et empêche la percussion ; crachats muqueux, assez faciles. — *Crème de riz, trois quarts de vin ; 2 sulf. quin.*, 0,5 ; *deux potions oxyd. antim.*, 4 *gr.; émét.*, 0,1, *camph.*, 0,2; *laudan*, 1 *gr.; deux quarts de lav. téréb., frict.*, ut suprà.

Le 5. Le vésicatoire l'a empêché de dormir ; du reste, l'état général continue à s'améliorer ; langue assez bonne, pouls à 100 (accéléré par le vésicatoire), trente-deux inspirations ; les crachats pâlissent et deviennent moins opaques ; une selle. — *Même prescription.*

Le 6. Le vésicatoire a encore empêché le sommeil ; amélioration progressive quoique lente ; pouls à 94, trente-huit inspirations, accélérés tous deux sans doute par le vésicatoire dont le malade se plaint beaucoup. — *Pruneaux et même prescription, moins le tartre stibié ; on modère le vésicatoire.*

Le 7. Mieux sensible ; sueurs nocturnes qui ont produit une crise favorable ; sommeil, une selle, pouls à 88, respiration 34 ; sudamina abondants, crachats muqueux, blancs, épais mais faciles ; figure plus calme. — *Bouillon, pruneaux; même prescription.*

Les 8-9. L'amélioration continue, le malade réclame à manger ; sa figure est souriante, bon sommeil ; quatre-vingt-seize pulsations, vingt-six inspirations. On augmente légèrement ses aliments.

Le 10. Un peu de chaleur de la peau, point de selle ; langue bonne ; pouls à 76. — *Même prescription, lavements émollients.*

Les 11-12. Langue tout à fait bonne, nuit calme, pouls à 80, appétit franc. On le tient encore à son régime.

Le 13. Convalescence franche ; langue bonne, pouls satisfaisant, appétit ; selles régulières, figure calme, heureuse. — *Quart, côtel., légumes, trois quarts de vin ; deux potions, chlorhyd. d'ammon.*

Il mange la demie quelques jours après et prend la décoction de kina en place de la potion ammoniacale. La maigreur est extrême, mais les forces reviennent progressivement ; la langue est belle, rose ; la respiration se fait bien ; les crachats sont muqueux, clairs ; comme il tousse un peu, on lui donne pendant quelques jours deux potions kermétiques à 0,2. Il attend son congé de convalescence.

Ce militaire est parti en congé de convalescence en très-bon état, puis revenu au régiment, a fait son service pendant huit mois ; il est rentré à l'hôpital pour une pleurite, dont il a guéri en quatre ou cinq jours.

Nous ne pouvions mieux clore notre travail qu'en citant cette belle et complète observation. Comme on le voit, les symptômes ont été fort graves; les accidents secondaires sont devenus, dès le commencement, une maladie dans la maladie; tout pouvait faire craindre d'échouer dans le traitement, et la guérison a eu lieu au bout de vingt jours environ! De

cet accablement, de cette prostration, de cette intoxication typhoïde si profonde, de cette grave complication pulmonaire, il n'est resté après le traitement qu'une dépression toute modérée des forces, que le régime et le quinquina ont restaurées facilement; pas de diarrhées rebelles, pas d'escarres qui suppurent et se cicatrisent avec peine. Je crois qu'on ne saurait exiger un succès plus complet d'une médication.

CHIRURGIE.

Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate, etc., etc.; *par* **M. Demarquay**, *chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, ex-prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie*, etc., etc.

Souvent les calculs de la portion membraneuse de l'urètre sont, pour les chirurgiens, une source de grandes difficultés. Petits, ils peuvent être amenés au dehors à l'aide d'un certain nombre d'instruments ou repoussés dans la vessie, dans laquelle ils sont définitivement broyés; mais lorsqu'ils ont acquis un certain volume, qu'ils ont refoulé les parois de l'urètre, dans lesquelles ils se sont creusé des loges, non-seulement alors ils ne peuvent être détruits par la lithotritie, mais encore ils sont difficilement extraits à l'aide d'opérations sanglantes. J'ai pu me convaincre l'année dernière de toutes ces difficultés, sur un malade de MM. Michon et Leroy d'Etiolles, qu'il m'a été donné d'observer; il s'agissait d'un vieillard de 70 ans, qui portait trois pierres dans la portion membraneuse de l'urètre; les tentatives les plus ingénieuses de lithotritie ont été faites par M. Leroy avec des instruments fabriqués exprès : tous ces essais furent sans résultat, il fallut recourir à une opération que nous ferons connaître plus loin.

Il est inutile d'insister sur les difficultés que présente la lithotritie dans cette circonstance. La première condition de cette opération, c'est de pouvoir saisir le calcul, le rendre mobile, l'isoler des parties voisines. Or, ce qui le plus souvent s'accomplit avec facilité dans la vessie à cause de l'étendue de ce réservoir, devient rarement possible dans l'urètre, à moins que l'on n'agisse sur des fragments de calcul. Quand une pierre est broyée dans la vessie, l'émission de l'urine, les injections chassent le plus souvent les détritus de la pierre, tandis que, en supposant qu'on parvienne à briser une pierre assez volumineuse de la portion membraneuse de l'urètre, toutes les difficultés ne seraient pas vaincues; il faudrait amener au dehors, à l'aide d'opérations souvent douloureuses, tous les fragments de pierre que l'on aurait produits par la lithotritie urétrale.

Il résulte de ces considérations que souvent le chirurgien doit

recourir à l'urétrotomie pour extraire les calculs arrêtés dans l'urètre. Lorsque cette opération se pratique dans la région pénienne, elle est généralement facile; une simple incision sur la ligne médiane à la partie inférieure du pénis, mène directement sur le corps étranger que l'on veut enlever. Il n'en est plus de même quand le calcul s'est développé dans la portion membraneuse. Les difficultés tiennent ici à plusieurs causes : 1° le corps étranger est profondément placé; 2° il est le plus souvent difficile à extraire, à cause des rapports qu'il affecte avec les parties voisines. Est-ce à dire qu'il est inaccessible à la main du chirurgien? Telle n'est pas notre pensée, et nous allons démontrer qu'il est susceptible d'être enlevé par trois procédés opératoires différents.

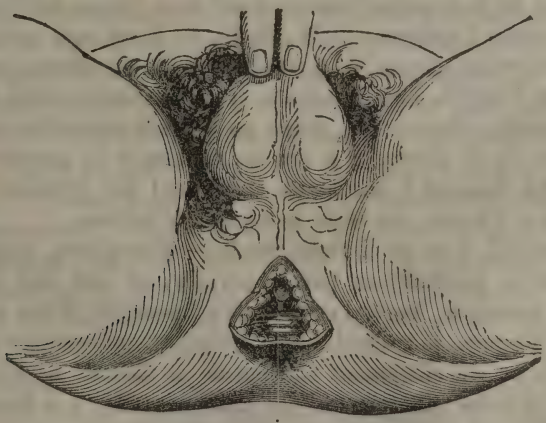
La première idée qui se présente à l'esprit, en présence d'un calcul développé dans la région qui nous occupe, c'est de l'atteindre par le périnée à l'aide d'une incision faite suivant le raphé périnéal, comme si l'on voulait accomplir le premier temps de la taille médiane. De la sorte, on arrive facilement sur le bulbe et sur la partie antérieure de la portion membraneuse. Grâce à ce procédé opératoire, on pourra extraire des calculs peu volumineux et mobiles; mais si le corps étranger est considérable, s'il se prolonge du côté de la vessie, et si enfin, il s'est creusé une loge dans l'urètre lui-même, comme il n'est accessible que par sa partie antérieure, il en résulte qu'il ne pourra être amené au dehors qu'au prix d'une opération longue et laborieuse, dans laquelle toutes les parties molles n'auront point été suffisamment respectées; de là des inflammations de mauvaise nature, des gangrènes, des abcès urineux et souvent la mort.

Dans un second procédé opératoire, celui-là même qui fut mis en usage l'année dernière par M. Leroy, le calcul n'est plus attaqué par sa partie antérieure, en traversant le périnée, mais par le rectum. Si on introduit le doigt dans cette cavité, il est facile de sentir, à travers les tissus qui séparent l'urètre du rectum, les calculs que l'on veut extraire; un spéculum bivalve introduit dans la partie inférieure du gros intestin, le malade étant couché sur le côté, permet d'explorer, par le toucher et la vue, la partie de l'intestin en rapport avec la prostate et l'urètre; il est encore facile de faire une incision sur la partie antérieure et médiane du rectum, de tomber dans la rainure d'un cathéter introduit dans la vessie, ou sur les calculs eux-mêmes, s'ils remplissent la région membraneuse de l'urètre ou la partie inférieure de la prostate. Si les calculs étaient libres dans la région qui nous occupe, comme ils le sont dans la vessie, il serait facile de les ôter, soit avec le doigt, soit avec des pinces; malheureusement ces concrétions, en se développant lentement, se sont en quelque sorte enkystées, d'où la difficulté souvent très-grande de les amener au dehors. Cette partie de l'opération accomplie, il en reste les suites. La communication que le chirurgien vient d'établir entre le rectum et l'urètre amènera inévitablement de graves accidents, non-seulement du côté de l'urètre, des bourses, mais encore du côté du gros intestin lui-même. Le passage de matières fécales dans l'urètre et

des urines dans le rectum, doit fatalement produire des fistules incurables, d'autant mieux que l'urètre est malade depuis longtemps et que les tissus ambiants sont plus ou moins altérés. Ce procédé opératoire a cependant un avantage, c'est de permettre l'extraction plus facile des calculs (1).

Après avoir démontré les inconvénients des deux procédés opératoires que je viens de faire connaître, je vais essayer de faire ressortir la supériorité de celui que je propose.

Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille ; un cathéter est introduit dans la vessie si son canal excréteur est libre, sinon le chirurgien opère sans conducteur. Le bord cubital de la main gauche tend le périnée ; de la main droite armée d'un bistouri tenu comme une plume à écrire, il pratique au-devant de l'anus une incision courbe, intéressant toute la demi-circonférence antérieure de cet organe et passant à 2 centimètres 1/2 environ de l'orifice anal. Le chirurgien coupe la peau, le tissu cellulaire et les fibres antérieures du sphincter anal qui vont se jeter sur le bulbe ; ceci étant fait, le chirurgien reconnaît le bulbe, le cathéter, si ce dernier a été introduit dans la vessie, ou le corps étranger s'il en existe ; puis il détache de l'urètre avec grande facilité la face antérieure du rectum, la repousse en arrière, et arrive aisément à découvrir la portion membraneuse et la face inférieure de la prostate. Ce premier temps de l'opération accompli, il ne reste plus qu'à intéresser la partie du canal de l'urètre qui se trouve en rapport avec le corps étranger que l'on veut extraire. Si le calcul se prolongeait du côté du col vésical ou du côté de la région pénienne, il serait facile d'inciser suivant ces deux directions, pour rendre l'opération plus facile.



A

(1) Peut-être même pourrait-on prévenir quelques-uns des accidents attachés à

En incisant l'urètre d'arrière en avant, et surtout en intéressant le bulbe, on peut exposer le malade à quelques accidents hémorragiques; mais qu'est-ce donc que ces accidents en comparaison de ceux que courait le malade par l'emploi des procédés que nous avons rejetés? L'urètre étant incisé, les calculs sont isolés, mis à nu, soit avec des pinces, soit avec le doigt, et sont définitivement extraits.

Il est évident qu'après une pareille opération, des accidents inflammatoires vont survenir, une suppuration plus ou moins abondante aura lieu. On préviendra, en partie du moins, les accidents inflammatoires, en introduisant une sonde dans la vessie, afin d'éviter le passage de l'urine sur une plaie récente. Sous l'influence du travail inflammatoire, l'urètre, dilaté par les corps étrangers, reviendra sur lui-même; la paroi antérieure du rectum se recollera avec le canal excréteur de l'urine, et le malade finira par guérir. Sans doute il peut arriver que l'urètre, profondément altéré par la présence des calculs, ne se réunisse pas au rectum et qu'il reste une fistule.

Cet accident est à craindre, mais il est à redouter bien plus encore par l'usage des deux procédés que j'ai critiqués plus haut. D'ailleurs, en supposant qu'une fistule s'établisse, mieux vaut une fistule périnéale, que l'on peut combattre, dont on peut pallier les ennuis, en supposant qu'elle soit incurable, qu'une fistule recto-urétrale.

Le procédé opératoire que je viens de décrire n'a pas seulement l'avantage de faciliter l'extraction des calculs de la portion membraneuse; il permet au chirurgien d'atteindre la partie inférieure de la prostate et d'agir sur elle, suivant les circonstances; il me paraît évident qu'il peut être utile au malade et au chirurgien, dans deux maladies graves de cet organe : dans les abcès prostatiques et dans les calculs du même organe.

Les abcès de la prostate peuvent avoir deux siéges différents : ou ils sont situés dans l'épaisseur de la glande, ou ils lui sont périphériques; dans ce dernier cas surtout, ils peuvent acquérir un volume considérable, s'ouvrir dans l'urètre, dans le rectum, et compromettre plus ou moins la vie des malades; dans ce cas, grâce au procédé opératoire que je propose, il sera facile d'amener le pus au dehors, et de prévenir tous les accidents qui tiennent à une fistule établissant une communication entre le foyer et l'urètre, ou entre le foyer et le rectum.

M. Lallemand, dans sa clinique médico-chirurgicale, propose d'ouvrir les abcès prostatiques par le périnée, et cite une observation d'heureuse guérison. Après l'emploi de ce procédé, il me semble que les fistules borgnes, soit rectales, soit urétrales, qui succèdent aux abcès prostatiques et qui entraînent souvent de si fâcheux accidents, pourraient être traitées efficacement par mon procédé. Les fistules recto-

---

cette opération, en prolongeant l'incision d'arrière en avant, de manière à intéresser le sphincter. De la sorte on empêcherait la rétention des urines dans le rectum, et toutes les conséquences qui résultent de ce fait.

urétrales, pour lesquelles le chirurgien a si peu de prise, pourraient également être guéries par ce procédé ; en effet, après avoir séparé la paroi antérieure du rectum, de l'urètre, il est extrêmement facile d'agir, ou sur la paroi antérieure du rectum, ou sur la portion membraneuse du canal de l'urètre, soit par la suture, soit par la cautérisation ; peut-être serait-il possible de guérir de la sorte des lésions qui ont résisté à toute sorte de traitements.

Les calculs prostatiques ont comme les calculs de la portion membraneuse de l'urètre, le triste privilége d'être, pour les chirurgiens, une source de grandes difficultés, et, pour le malade, une cause d'ennuis et de graves accidents. Comment, en effet, arriver à les extraire? Je sais que M. Leroy d'Etiolles, à plusieurs reprises, a été assez heureux pour enlever des calculs de cette glande avec une grande habileté. Mais lorsqu'ils sont profondément placés, comment les atteindre? La taille latéralisée et la taille bilatérale surtout permettent au chirurgien d'inciser le parenchyme de la glande et de l'explorer du doigt seul ou armé d'instruments ; il peut de la sorte extraire un certain nombre de calculs ; mais l'exploration de la prostate, l'extraction des calculs qu'elle renferme, n'est ni aussi facile, ni aussi sûre que par le procédé opératoire que je propose ; en effet, on peut, après avoir mis à nu la face inférieure de la prostate, l'inciser comme par le procédé de taille de Dupuytren, et agir en quelque sorte à ciel ouvert.

Il me serait facile de démontrer que quelques autres affections de la prostate pourraient encore être avantageusement traitées par la pratique préliminaire de l'opération que je préconise. Avant de clore ce travail, je désire fixer l'attention du lecteur sur un point de chirurgie qui me paraît important. Dans ces derniers temps, en Angleterre Syme et en France M. Sédillot ont appliqué l'urétrotomie au traitement des rétrécissements de l'urètre. M. Sédillot n'a eu recours à cette opération que dans le cas de rétrécissement infranchissable. Dans ce cas, la difficulté est immense pour le chirurgien, quand la maladie est profondément placée ; comment, en effet, arriver sans conducteur sur la partie de l'urètre qui se trouve en arrière du rétrécissement? aucun point de repère ne guide la main du chirurgien ; comment, avant d'inciser le rétrécissement suivant la direction convenable, découvrira-t-il l'urètre non rétréci en arrière du point coarcté? La chose est extrêmement facile pour celui qui a pratiqué le procédé opératoire que je propose ; grâce à lui, le chirurgien arrive sur la prostate avec une grande facilité ; de plus, cet organe est facilement reconnu, ainsi que l'origine de la portion membraneuse ; celle-ci étant ouverte en arrière du rétrécissement, et celui-là étant incisé, il est alors facile à l'opérateur de faire pénétrer une sonde dans la vessie et de rétablir la perméabilité de l'urètre.

Mémoire pour servir à l'histoire de l'extraction de l'astragale; par **M. G. Letenneur**, *ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, correspondant de la Société de Chirurgie, etc.* (Fin.)

Pour bien comprendre toute la valeur de l'opération qui fait le sujet de ce travail, il ne suffit pas de compter les succès auxquels elle conduit; mais il importe aussi d'étudier ce qui advient lorsque, dans les luxations de l'astragale non réductibles, on abandonne les malades aux ressources de la nature.

C'est, en général, dans les luxations sans déchirure aux téguments, et après avoir essayé inutilement de remettre les parties en place, que le chirurgien se condamne au rôle de spectateur inactif; et je rapprocherai de ce cas celui où la luxation a été méconnue.

Alors, la guérison peut avoir lieu, mais avec une difformité presque toujours très-gênante, et qui a même quelquefois rendu la marche impossible. C'est après une terminaison de ce genre, et plusieurs mois après la cessation des accidents primitifs, que Dupuytren a enlevé l'astragale à une jeune fille. Le plus souvent, la peau, comprimée par la partie saillante de l'os, s'enflamme et se gangrène; les tendons mis à nu se détachent par lambeaux; l'astragale se nécrose ou se carie, et le mal, gagnant de proche en proche, s'étend aux autres os du tarse. Dans d'autres cas, j'ai déjà eu occasion de le dire, par suite des efforts multipliés dirigés dans le but de réduire la luxation, des accidents graves surviennent et nécessitent l'amputation, ou même causent la mort.

De sorte qu'on arrive à cette singulière conséquence, que les individus qui ont eu ce qu'on appelle une luxation simple, se trouvent dans une position plus fâcheuse que ceux qui ont eu une luxation compliquée de plaie, de déchirure de quelques tendons et même de l'artère tibiale postérieure et du nerf qui l'accompagne, ainsi qu'on en possède des exemples.

En un mot, les chances favorables de guérison seraient, en quelque sorte, d'autant plus grandes, que le mal offre plus de gravité.

Desault avait bien compris cela, lorsque, ne pouvant réduire une luxation de l'astragale par les moyens ordinaires, il eut la hardiesse d'inciser les parties molles qui couvraient la tête de l'os, de débrider et de tenter de nouveau la réduction. Il obtint un succès complet; mais ce n'est qu'au bout d'un an que la guérison eut lieu, car il survint des dépôts et il se détacha des esquilles.

Desault expliquait la difficulté de la réduction par l'étroitesse de l'ouverture de la capsule articulaire qui étranglait la tête de l'astragale; c'est pourquoi il fit un débridement. L'explication de Desault n'a pas été généralement admise. Lui-même, dans une autre circonstance, et après lui Dupuytren et M. Rognetta ont cru que l'obstacle qui s'oppo-

sait à la réduction résidait surtout dans la disposition même des os, d'où résultait une sorte d'enclavement.

Sans combattre l'opinion exprimée par ces auteurs et appuyée d'ailleurs sur quelques faits irrécusables, tout en rappelant d'autres obstacles signalés par eux, comme l'étroitesse de l'espace occupé par l'astragale luxé, comme la persistance du ligament sous-astragalien, je crois qu'ils ont méconnu ou soupçonné à peine la cause qui, le plus souvent, rend infructueuses les tentatives de réduction. Je veux parler des tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils.

Dans les luxations de l'astragale, ces tendons, selon l'espèce du déplacement, se trouvent tantôt en dedans, tantôt en dehors de l'os, et quelquefois ils forment deux faisceaux entre lesquels l'os vient faire hernie, si je puis m'exprimer ainsi. Lorsque, dans le but de réduire, on pratique l'extension et la contre-extension, on allonge les muscles, on augmente la rigidité des tendons qui pressent avec force contre l'astragale et le maintiennent dans son immobilité; de sorte que la force de l'obstacle s'accroît en raison des efforts qu'on fait pour en triompher. Il se produit même quelque chose de comparable à l'étranglement, lorsque, et c'est là ce qui a lieu le plus souvent, c'est la tête de l'astragale qui est luxée et que les tendons sont appliqués sur le col. Alors, le seul moyen d'écarter efficacement l'obstacle, c'est de faire une incision et de porter le doigt entre l'os et les tendons. C'est probablement cette manœuvre, plutôt que l'incision de la capsule, qui aura été utile à Desault.

Cette résistance à la réduction occasionnée par les tendons est indiquée dans une des observations d'Astley Cooper; mais cet auteur n'en tire point de conséquence pratique, et se borne, comme on l'a fait depuis, à répéter le précepte applicable à la réduction de toutes les luxations, et qui consiste à relâcher les muscles par la flexion du membre.

On cite un succès analogue à celui de Desault, obtenu par M. Nanula, professeur à la Faculté de Naples. M. Rognetta, qui a fait deux Mémoires remarquables sur les luxations et l'extraction de l'astragale, approuve la conduite du chirurgien français et du chirurgien napolitain, et ajoute que si, au moyen de l'incision, la réduction est encore impossible, il faut enlever immédiatement l'astragale.

Cette opinion, qui peut paraître audacieuse à quelques esprits timides, est pourtant conforme à la raison, je dirai même au simple bon sens. Elle est justifiée par ce que j'ai dit plus haut, et place le malade dans les mêmes conditions que ceux qui ont eu une luxation de l'astragale compliquée de plaie, c'est-à-dire que ceux pour lesquels on possède des moyens de guérison.

Si la théorie, si les deux succès de Desault et de M. Nanula ne suffisaient pas pour convaincre les esprits, faudrait-il puiser des arguments dans les faits nombreux où les chirurgiens ont dû regretter de n'avoir pas osé recourir au moyen que je conseille? Les exemples ne

me manqueraient pas. Je me bornerai à rapporter ce que j'ai observé moi-même à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Roux.

Obs.—A la fin de 1835, un homme qui venait de faire une chute violente, fut apporté à la salle Sainte-Marthe. Un des pieds présentait une remarquable déformation, qu'on ne pouvait expliquer par l'existence d'une fracture. Une tumeur osseuse soulevait la peau en avant du cou-de-pied ; les parties molles étaient énormément tuméfiées. Après un examen très-attentif, le savant professeur diagnostiqua une luxation en avant de la tête de l'astragale sur le scaphoïde. La direction du pied ne faisait pas supposer de très-graves désordres dans les articulations profondes ; c'était une luxation simple. M. Roux, quelques jours auparavant, avait rencontré un cas semblable dans sa clientèle, et avait réussi à réduire la luxation. Chez ce nouveau malade, il fut moins heureux, malgré des tentatives prolongées. Il le laissa reposer, et prescrivit un traitement destiné à combattre l'inflammation.

Dans une intéressante leçon, il discuta tour à tour les causes qui empêchaient la réduction de se faire, et la valeur des divers moyens auxquels on pouvait avoir recours. Il parla de l'incision des parties molles, telle que l'avait pratiquée Desault, de la résection de la tête de l'astragale, et enfin de l'extirpation de cet os lui-même en totalité. Le chirurgien voulut attendre au lendemain pour opter entre ces moyens, et il résolut de faire, avant de se servir de l'instrument tranchant, de nouvelles tentatives de réduction.

Le lendemain, le gonflement du pied rendit ces tentatives difficiles et douloureuses ; cependant, elles parurent n'avoir pas été inutiles. On crut être parvenu à faire rentrer en partie la tête de l'os dans sa cavité, et avoir remplacé une luxation complète par une luxation incomplète. Dès lors, on cessa les manœuvres, dans l'espérance que la difformité serait peu sensible et que le malade pourrait marcher sans trop de difficulté.

Mais il survint, avec une rapidité effrayante, une telle augmentation dans le volume du pied, que la gangrène parut imminente ; des accidents généraux se manifestèrent et firent redouter une mort prochaine, qu'on chercha, mais en vain, à conjurer par tous les moyens possibles.

On constata une simple luxation de la tête de l'astragale, ainsi que l'avait très-bien annoncé M. Roux.

On trouve de semblables exemples dans la pratique d'un grand nombre de chirurgiens illustres.

Résumons donc, en quelques mots, les règles qu'on doit suivre en face d'une luxation de l'astragale.

Lorsque la luxation est compliquée d'un délabrement considérable des parties molles avec fracture ou écrasement des os de la jambe ou du tarse, l'amputation peut être nécessaire. Mais les progrès de la chirurgie rendent chaque jour plus rares les cas où on doit avoir recours à ce remède extrême.

En général, *lorsqu'il y a une plaie aux téguments*, et qu'on a l'espoir de conserver le membre, la première chose à faire est de tenter la réduction.

Cependant, il n'est pas toujours prudent d'agir ainsi. Si l'astragale, malgré son déplacement, a conservé, avec les parties voisines, des rapports assez intimes pour que la circulation ne soit pas anéantie dans le

tissu osseux, la réduction est indiquée et doit être faite. Dans le cas contraire, on s'exposerait à voir survenir une nécrose partielle ou totale de l'os, et il vaut mieux en faire l'ablation sans retard.

S'il y a fracture de l'astragale, il faut enlever les esquilles; mais l'expérience a prouvé qu'il y a toujours du danger à laisser en place une portion de la trochlée isolée du reste de l'os; tandis qu'on peut conserver sans inconvénient et même avec avantage la partie inférieure de l'astragale et l'apophyse antérieure, lorsque celle-ci n'est pas réduite à son extrémité articulaire, et que son col a une certaine longueur.

Quand la luxation a lieu *sans plaie aux téguments*, il faut se hâter de procéder à la réduction. Je dois faire remarquer ici qu'on a vu des luxations de l'astragale dans lesquelles l'os, qui semblait être complétement isolé par la rupture de ses ligaments, a pu être remis en place, sans que plus tard il se soit nécrosé. Il semble que, grâce à l'intégrité de l'enveloppe cutanée, la cicatrisation des parties profondes se fasse alors avec une grande facilité, et dans un espace de temps très-court.

Mais il arrive souvent que les tentatives les mieux dirigées ne modifient pas la position anormale de l'astragale. J'ai exposé quelles étaient les suites d'une luxation non réduite; il importe donc de ne pas laisser le malade dans cet état, qui lui deviendrait fatal. Je fais cependant une réserve pour le cas de luxation incomplète de la tête de l'astragale. La forme du pied n'est pas alors notablement altérée, et la marche peut se rétablir assez promptement. Le rôle du chirurgien se borne donc à surveiller la guérison.

Quand la luxation est complète, une pareille conduite ne serait plus permise.

Il ne faut pas non plus insister trop longtemps sur des manœuvres qui aggraveraient infailliblement la position du malade, et le priveraient des autres ressources de la chirurgie. Il faut suivre le précepte donné plus haut : inciser les parties molles, afin d'avoir une action directe sur l'obstacle qui s'oppose à la réduction; puis enfin, si ce moyen est inutile, agir comme dans les luxations avec plaie, c'est-à-dire enlever l'astragale. Dès lors, il importe, dans cette prévision, de donner tout d'abord à l'incision une direction telle que la peau puisse recouvrir en entier la plaie profonde, et la mettre à l'abri du contact de l'air.

Telle est, je crois, la règle à suivre, sans qu'elle doive être modifiée par la nature ou l'espèce de la luxation.

On a dû adopter, pour distinguer entre eux les divers déplacements que peut éprouver l'astragale, des dénominations de convention qui n'ont pas été toujours sans influence sur la conduite des chirurgiens.

Lorsque l'astragale se luxe sur le tibia, on dit qu'il y a *luxation du pied;* et Astley Cooper nommait ce déplacement *luxation de la jambe.* On réserve le nom de *luxations de l'astragale* à celles qui ont leur siége dans l'articulation de cet os avec le scaphoïde et le calcanéum.

Or, quelques chirurgiens, à l'exemple d'Astley Cooper, dans les luxations du pied ou *de la jambe*, compliquées et non réductibles, font la

résection des os de la jambe ; tandis que, dans *les luxations de l'astragale* compliquées et non réductibles, ils font l'extraction de cet os. Dans l'un et l'autre cas, l'opération a pour but de permettre la réduction du pied ; de produire une détente dans les parties molles, et, par conséquent, de diminuer les chances d'inflammation : dans les deux cas, la guérison a lieu par ankylose ; dans les deux cas enfin, le pronostic est extrêmement favorable ; mais il y a quelques différences dans les résultats.

Après l'extraction de l'astragale, le raccourcissement est toujours moins considérable qu'après la résection des os de la jambe ; et, après cette dernière opération, il survient, par suite de l'ablation d'une ou des deux malléoles, un amincissement considérable de la partie inférieure de la jambe, ce qui donne au pied une forme disgracieuse, et nuit à la solidité du membre. La comparaison est donc à l'avantage de l'extraction de l'astragale, et je crois qu'elle doit être préférée toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication particulière en faveur de la résection.

Il me reste à étudier les principaux phénomènes qui se succèdent pendant le travail de la guérison, depuis le moment où l'opération vient d'être faite jusqu'à celui où le malade cesse d'avoir besoin des soins et des conseils du chirurgien.

Après l'ablation de l'astragale, le malade éprouve un soulagement instantané, qui tient surtout au relâchement des parties molles. Le vide qui existe entre les os de la jambe et le calcanéum va permettre aux tissus de se tuméfier, sans qu'il se produise de ces symptômes terribles comparables à ceux qui résultent d'un étranglement, et auxquels la gangrène succède quelquefois avec tant de rapidité. La réduction du pied se fait sans effort ; et alors on observe une disposition extrêmement remarquable, et qui mérite la plus sérieuse attention ; je veux parler de la situation de la plaie.

La plaie a presque toujours pour cause, non l'action directe d'un corps étranger, mais l'excès de tension à laquelle est soumise la peau par la déformation du membre. C'est pourquoi il semble ordinairement qu'elle a été faite par un instrument tranchant.

Voici ce qui a lieu : Au moment de la luxation, quand le pied s'incline latéralement, la peau de la partie inférieure de la jambe est attirée en bas autant que le permettent son extensibilité et la laxité peu considérable du tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque l'extension et le glissement de la peau sont arrivés aux dernières limites du possible, si le pied ne s'arrête pas dans son déplacement, la peau se déchire dans le point où elle cesse d'être soutenue par le tibia ou le péroné, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de la malléole. Quand la réduction du pied est opérée, les forces qui tendaient la peau et maintenaient la plaie au niveau de la luxation cessant d'agir, la peau reprend promptement sa place, et la plaie se trouve située à quelques centimètres au-dessus de la malléole. Cette distance paraît devoir être plus grande dans les luxations en dehors que dans les luxations en dedans.

Le travail de la cicatrisation, dans les parties profondes, se fait ainsi en dehors du contact de l'air, et on n'a point à redouter les exfoliations des tendons et des os, comme cela a lieu si souvent lorsque l'air pénètre dans les plaies. Il est vrai que, par suite de cet état de choses, le pus ne trouve point, pour s'écouler, une route assez directe, et qu'il en résulte la formation d'un abcès. Mais cette complication n'est rien, en comparaison des avantages que je viens de signaler.

On trouve dans ce rapport de situation, entre le siége de la plaie et celui de la luxation, un enseignement qui vient confirmer ce que j'ai dit sur la manière de faire l'incision, lorsque, dans le cas d'une luxation sans plaie aux téguments, on serait forcé d'extraire l'astragale. Par conséquent, des deux méthodes qui ont été suivies ou conseillées, diviser la peau crucialement, ou bien tailler un lambeau à convexité supérieure, la seconde doit être préférée.

Ce qui facilite beaucoup la réduction du pied et permet de lui donner sur la jambe une inclinaison convenable, c'est que, par suite du raccourcissement du membre, les muscles se trouvent dans l'inertie. Mais, après un temps variable selon les individus, les muscles reprennent leur action, quelques-uns tendent à modifier et même à changer complétement la position du pied; d'autres, au contraire, concourent à le maintenir dans une situation fixe.

Entrons dans quelques détails à ce sujet.

M. Rognetta a très-bien indiqué, et je vais chercher à expliquer comment les malléoles n'enfourchent pas le calcanéum, mais viennent seulement s'appuyer sur sa face supérieure, ou plutôt sur ses bords, de façon à laisser vide l'espace rempli auparavant par la trochlée. C'est pourquoi, après l'extraction de l'astragale, le raccourcissement est si peu considérable, et n'est pas, comme le croyait Boyer, de toute la hauteur de l'os enlevé. Il varie, en général, de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2, toutes les fois qu'il n'y a pas fracture ou diastasis des os de la jambe; et même alors (ma seconde observation en est la preuve), il est quelquefois possible d'empêcher le raccourcissement de dépasser les limites que je viens de lui assigner.

Lorsqu'on examine sur le squelette la position relative des os, après qu'on a fait disparaître l'astragale, on se rend difficilement compte de ce qui se passe sur le vivant après l'opération. En effet, dans son plus grand diamètre transversal, le calcanéum a une largeur qui n'est pas tout à fait égale à l'espace qui sépare le sommet des malléoles; dès lors, on a peine à comprendre comment celles-ci peuvent rester, pour ainsi dire, suspendues à un point fixe, et comment la malléole interne ne glisse pas en avant ou en arrière de la petite apophyse du calcanéum, sur le bord de laquelle aucune saillie osseuse ne la retient. En étudiant la question sur un pied recouvert de ses parties molles, on ne rencontre plus les mêmes difficultés, et on trouve, entre les os de la jambe et le calcanéum, des moyens de fixité bien puissants.

Après l'extraction de l'astragale, on voit que cet os était renfermé

dans une sorte de boîte, moitié osseuse, moitié fibreuse, et même fibro-cartilagineuse, constituée par le tibia, la malléole externe et le calcanéum d'une part; et, de l'autre, par la capsule articulaire, les ligaments latéraux, le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, qui forment, avec les gaînes tendineuses, une enveloppe extrêmement résistante.

J'ai dit que la malléole interne était retenue sur le bord de la petite apophyse du calcanéum ; elle ne peut se placer sur un plan inférieur à cette apophyse, parce qu'elle rencontre en avant une barrière infranchissable dans le ligament scaphoïdo-calcanien inférieur, se confondant par des fibres nombreuses avec le ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne ; elle ne peut s'écarter en dedans, c'est-à-dire s'éloigner du calcanéum, parce que la malléole externe s'y oppose ; enfin, ce qui sert beaucoup à la fixer, et ce qui l'empêche en même temps de se déplacer en arrière, c'est la réunion des tendons du jambier postérieur, du long fléchisseur du gros orteil et du long fléchisseur commun, enfermés dans des gaînes fibreuses qui sont solidement implantées sur le tibia et le calcanéum.

Si nous reportons notre attention sur la malléole externe, nous la trouvons placée en avant de la facette articulaire postérieure du calcanéum, sur le bord de la gouttière, précisément au-dessus du tubercule qui sépare les tendons des péroniers latéraux : elle est, en partie, encastrée dans ce lieu par la forme même de l'os, et elle y est maintenue par les tendons dont je viens de parler. En arrière, le bord de la face articulaire du tibia se trouve séparé du plan incliné que lui présente le calcanéum par la capsule synoviale, doublée de tissu fibreux et soutenue surtout par les gaînes des tendons des muscles fléchisseurs. Cette capsule s'affaisse entre les os, comme un coussinet, et, en même temps qu'il les tient unis, elle empêche leur rapprochement immédiat. La fixité des malléoles soutient le bord de la mortaise sur la pente où elle se trouve placée. D'après ce qui précède, il est facile de comprendre que l'axe de la jambe tombe sur le pied dans un point antérieur de quelques millimètres à celui qu'il traverse dans l'état normal; il en résulte un léger allongement du talon.

En résumé, les os de la jambe touchent au calcanéum, d'une manière plus ou moins directe, par trois points qui, pris isolément, n'offrent pas une très-grande solidité, mais qui en acquièrent par leur réunion, en se prêtant mutuel appui.

Dans cette situation, l'action musculaire, loin d'entraîner le pied en dedans ou en dehors, prévient au contraire, ainsi qu'on vient de le voir, les déplacements de cette nature. D'un autre côté, il est rare que le pied soit attiré dans le sens de la flexion, à moins que le tendon d'Achille ait été détruit par la suppuration ou par toute autre cause. C'est, en général, dans le sens de l'extension que le pied tend à se porter, sollicité par l'action des muscles jumeaux et soléaire, et des fléchisseurs des orteils.

Chez mon premier malade, j'ai eu à lutter longtemps contre l'action

continue de ces muscles, et il m'a fallu recourir successivement à différents moyens pour vaincre leur puissance.

Si on se borne à passer une bande sous le pied pour le soutenir et le relever, cette bande prend son point d'appui au niveau de la seconde rangée du tarse, et résiste seulement à l'effort des muscles du mollet. Les orteils, le métatarse et la seconde rangée du tarse elle-même, obéissant alors à l'action des longs et courts fléchisseurs, se recourbent vers la plante du pied et produisent une difformité très-gênante. Dans l'état normal, ces muscles ne peuvent causer un effet semblable, parce que les os du tarse et du métatarse sont unis par des ligaments très-forts, et qu'ils ne jouissent que de mouvements très-bornés. Mais, après l'extraction de l'astragale, la partie antérieure du pied est unie à la partie postérieure, c'est-à-dire au calcanéum, par une seule articulation, celle du cuboïde, qui devient le centre de tous les mouvements, acquiert par son isolement même une assez grande mobilité, et ne peut plus résister aux muscles fléchisseurs des orteils. On a vu comment j'ai obvié aux inconvénients qui résultent de cette disposition, au moyen d'une semelle.

C'est probablement par l'omission d'une semblable précaution, qu'on doit expliquer ce qui a eu lieu chez le malade présenté par M. le professeur Gerdy à l'Académie nationale de Médecine, le 24 septembre 1850. Il existe, sous le pied de cet homme, une concavité assez profonde, pour qu'il soit nécessaire de la combler avec un coussinet. C'est évidemment enfin, parce qu'on a négligé tous les moyens auxquels j'ai eu recours, qu'on a vu l'extraction de l'astragale être suivie de pied équin, porté à un tel degré qu'il y avait adhésion du calcanéum à la partie postérieure du tibia (Norman).

Le mode de guérison, après l'extraction de l'astragale, a toujours lieu, suivant quelques chirurgiens, au moyen d'une ankylose entre les os de la jambe et le calcanéum. D'autres chirurgiens ont mis en doute la nécessité et surtout les avantages de cette terminaison; ils ont indiqué comme possible et comme bien préférable, l'établissement d'une fausse articulation, qui permettrait de conserver les mouvements du pied sur la jambe. La plupart des auteurs modernes ont adopté cette dernière opinion, qui, au premier abord, est peut-être séduisante. Cette question a une grande importance pratique et mérite d'être discutée avec soin.

Il est une loi en chirurgie, loi qui a été bien démontrée depuis un demi-siècle : c'est que les résections des doigts, du poignet, et même du coude sont presque toujours suivies d'une fausse articulation, tandis que les résections du genou et de l'articulation tibio-tarsienne se guérissent par ankylose, résultat parfaitement en harmonie avec les fonctions des membres. Or, dans le cas qui nous occupe, devrait-on considérer comme une circonstance heureuse pour le malade, d'être soustrait à cette loi, et les efforts du chirurgien doivent-ils être dirigés dans ce but? Je réponds négativement, et j'espère prouver que j'ai raison.

On a invoqué en faveur de la fausse articulation les faits et le raisonnement.

Examinons d'abord les faits; ils se réduisent à quatre. On en trouve deux seulement cités par M. Rognetta, le seul auteur peut-être qui ait cherché, jusqu'à ce jour, à soutenir, à l'aide de la théorie, les avantages de la fausse articulation.

1° Le premier exemple est emprunté à Astley Cooper : Il s'agit d'un homme qui, dans une chute de cheval, eut l'astragale luxé en avant et en dedans; *le péroné était fracturé;* la gangrène de la peau survint, et, deux mois après l'accident, l'astragale a été extrait. Des exfoliations consécutives ont retardé beaucoup la guérison. Le malade n'a commencé à marcher que vers le sixième mois. Seize mois plus tard, le cou-de-pied jouissait d'une légère mobilité qui s'est accrue par la suite. On ne dit pas si la marche a été aussi facile, et, s'il se pouvait, plus facile que chez les opérés qui ont guéri avec ankylose.

2° La seconde observation est celle de M. Rognetta et de son collaborateur, M. Fournier-Deschamps; j'ai déjà eu occasion d'en parler.

Ces auteurs ne nous donnent l'histoire de leur malade que depuis le 8 mai 1842, jour de la catastrophe du chemin de fer de Versailles, jusqu'au 20 août suivant, c'est-à-dire pendant un intervalle de trois mois et demi. Ce laps de temps est évidemment trop court pour que l'ankylose ait pu se former. Qu'on se rappelle, en effet, ce qui s'est passé chez mes deux malades; j'ai dirigé tous mes efforts dans le but d'obtenir l'ankylose, et elle n'a pas été complète avant sept ou huit mois. Cette observation n'est donc d'aucune valeur pour la solution du problème que nous discutons, et il est impossible d'en tenir compte.

3° En troisième lieu, je noterai un fait qui appartient à M. Stevens, cité par M. Velpeau. Je ne connais point les détails de cette observation, et je ne puis, par conséquent, ni l'adopter ni la rejeter; cependant, je dois dire que la terminaison par une pseudarthrose a été ici mise en doute par quelques auteurs, et, en particulier, par M. Marchal de Calvi. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 *septembre* 1850.)

4° Il me reste à examiner une dernière observation qui, pour l'ordre chronologique, devrait être la première. C'est celle de Despaulx, citée dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, et indiquée depuis par divers auteurs, qui se bornent à répéter que l'individu opéré par ce chirurgien a guéri sans ankylose.

En remontant à la source, voici ce qu'on trouve : Despaulx, à l'occasion de son malade, expose des idées théoriques sur les suites de l'extraction de l'astragale. Il dit que l'ankylose n'est pas une suite nécessaire de cette opération, et qu'il suffit de faire mouvoir graduellement les surfaces articulaires les unes contre les autres, pour prévenir leur adhésion. Puis, lorsqu'on lit l'observation qui doit servir de preuve à ces assertions, on est tout étonné de voir le contraire de ce qui est annoncé. Chez le malade de Despaulx, en effet, « *au bout de 18 mois, il n'y avait plus de mouvement entre le tibia et le calcanéum..... Mais il resta un mouvement de flexion et d'extension entre l'extrémité articulaire*

du tibia et les os scaphoïde et cunéiformes. » L'auteur aurait dû dire *entre le calcanéum et le cuboïde.*

J'irai au-devant du reproche d'omission qu'on pourrait peut-être me faire, en disant un mot d'un fait qui appartient au docteur Rumsey. Ce chirurgien raconte qu'un homme se fit une luxation du pied en dehors; les os de la jambe faisaient saillie par une plaie, et avaient entraîné avec eux la poulie de l'astragale, qui était séparée par une fracture du reste de l'os; celui-ci avait conservé tous ses rapports avec les os du tarse. On enleva la trochlée; la guérison eut lieu, et les mouvements du pied ont été conservés, ce que l'auteur attribue à une fausse articulation. Il est bien plus probable qu'une ankylose s'est formée entre les os de la jambe et la portion inférieure de l'astragale, et que les mouvements de cet os sur le calcanéum sont devenus un peu plus étendus que dans l'état normal, et ont simulé ceux dont l'articulation tibio-astragalienne est le siége. J'ajouterai, d'ailleurs, que ce fait ne se rapporte que d'une manière indirecte au sujet que nous traitons.

Des observations dont je viens de parler, une seule subsiste : c'est la première, empruntée à l'ouvrage d'Astley Cooper; et cette observation, loin de servir la théorie de M. Rognetta, ne fait que fournir des armes pour la combattre. Quelle est donc la théorie de M. Rognetta?

Selon cet auteur, pour qu'une fausse articulation se forme après l'extraction de l'astragale, *il faut que les malléoles soient intactes.* Le malade d'Astley Cooper avait une fracture du péroné (1).

L'expérience prouve, en outre, qu'il n'est pas à la disposition du chirurgien de la produire à volonté, puisqu'on n'en peut citer qu'un seul exemple; enfin, les manœuvres dirigées dans ce but ne sont pas innocentes.

Cela est confirmé par un fait récent (*Archives générales de Médecine; mai* 1841). Un chirurgien distingué, M. Thore, ancien interne des hôpitaux de Paris, se conformant aux préceptes donnés par les auteurs, s'est efforcé d'établir une fausse articulation chez un malade auquel il avait enlevé l'astragale. Le travail d'ossification s'établit malgré lui; et il serait difficile de ne pas attribuer aux mouvements qu'il a imprimés au pied une partie des graves complications qui sont survenues.

Comme conséquence pratique, j'ajouterai à ce qui précède que, lorsque les malléoles sont écartées, il faut les rapprocher ainsi que je l'ai fait chez mon second malade; et que, lorsqu'elles sont fracturées, il faut prévenir leur chevauchement, et par suite le raccourcissement du membre, au moyen d'un appareil à extension continue et d'une compression latérale exercée méthodiquement.

Chez les individus auxquels on a extrait l'astragale, on observe même, après la guérison la plus parfaite, une certaine inclinaison du bord

---

(1) Ici l'auteur se livre à une longue discussion pour prouver qu'une fausse articulation, avec ou sans fracture, serait plus nuisible qu'utile. Nous pensons qu'il convient d'attendre les faits pour en juger. (*Note du rédacteur en chef.*)

interne du pied qui tend à se porter en haut. Cette particularité est très-remarquable lorsque le pied appuie fortement sur le sol, ou bien pendant la marche ; elle est à peine appréciable lorsque le pied est au repos, et on ne l'observe pas avant que l'opéré ait quitté la position horizontale.

Puisque cette inclinaison est variable suivant la position du pied, on ne peut en chercher la cause dans les rapports des os de la jambe et du calcanéum ; car, par suite de l'ankylose, ces rapports sont invariables. Comment peut-on donc l'expliquer ?

Par suite de l'ablation de l'astragale, la voûte du pied se trouve en partie brisée ; le scaphoïde sur lequel la tête de l'astragale venait s'arc-bouter, devient libre au devant du tibia et cède facilement à la pression du corps. Il résulte de là que les individus qui ont été soumis à cette opération, ne trouvant pas de point d'appui solide dans l'extrémité antérieure du premier métatarsien, obéissent à une sorte d'instinct, par suite duquel ils font porter le poids du corps sur le bord externe du pied, ce qui fait relever le bord interne. Mais ce déplacement ne peut jamais devenir considérable et permanent, car le scaphoïde est retenu en place par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur et par les adhérences qu'il contracte dans sa nouvelle position. En outre, si le bord interne du pied est élevé par l'action musculaire, une force de même nature et bien plus énergique tend à l'abaisser quand les muscles élévateurs cessent de se contracter ; le jambier antérieur, aidé de l'extenseur du gros orteil, ont, en effet, de puissants antagonistes dans le jambier et les péroniers.

A l'état de repos, le pied, après la guérison, ne se distingue de celui du côté opposé, que par un abaissement des malléoles qui ne va guère au delà d'un centimètre, et par un allongement du talon à peine appréciable. Le changement dans la position des malléoles entraîne un très-léger applatissement du cou-de-pied ; mais ce qui est très-remarquable, c'est que, à l'extérieur, la voûte du pied n'est presque pas modifiée, ainsi que le démontrent les deux plâtres pris sur mes deux malades. En un mot, la forme du pied est si parfaite, qu'on ne pourrait pas soupçonner qu'un os aussi considérable que l'astragale en a été extrait (1).

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

SUR UNE VARIÉTÉ DE PEMPHIGUS ; *par* M. LOUIS SAUREL.

Les matelots sont fréquemment atteints d'une éruption bulleuse siégeant exclusivement aux pieds et aux jambes, et dont les caractères, quoique différant en quelques points secondaires de ceux qui sont décrits par les auteurs, appar-

(1) *Journal de la société de médecine de la Loire-Inférieure.*

tiennent d'une manière évidente au pemphigus chronique. La cause de cette éruption est l'immersion fréquente des pieds et des jambes dans l'eau de mer, car elle n'attaque que les hommes de l'équipage qui sont occupés tous les matins au lavage du pont, lequel se fait nu-pieds en été comme en hiver. Je n'ai jamais reconnu l'influence d'aucune cause générale bien marquée, car l'éruption se déclare indifféremment chez les hommes des tempéraments les plus opposés, chez les jeunes gens comme chez ceux qui sont d'un âge plus avancé ; elle apparaît à peu près aussi fréquemment dans les pays chauds que dans les pays froids, en été qu'en hiver. Je n'ai non plus jamais constaté l'existence d'une fièvre concomitante quelconque, et la maladie m'a toujours paru localisée ; ce n'est pas à dire pour cela que je veuille nier ou mettre en doute ce qui a été dit par les médecins qui ont écrit sur cette maladie ; je désire prouver seulement que des causes locales peuvent suffire pour amener son apparition.

Les symptômes que j'ai observés sont les suivants : le malade éprouve au pied ou à la jambe des démangeaisons limitées à un ou plusieurs points de la peau, d'autres fois il ne ressent absolument aucune douleur, et les bulles apparaissent d'emblée ; elles siégent dans les endroits où l'épiderme a le moins d'épaisseur : ainsi, les chevilles, le dos du pied et le bas de la jambe sont le plus souvent atteints. Leur grandeur varie depuis celle d'une fève jusqu'à celle d'un œuf de pigeon, et leur nombre n'est jamais considérable ; l'éruption se fait d'ordinaire en une seule fois, et les bulles cessent de se montrer aussitôt que les malades sont exemptés du lavage. Le liquide contenu dans les bulles n'est jamais transparent ; il s'est toujours présenté à mon observation, même le premier jour, avec une couleur rougeâtre et comme sanguinolente.

La durée des bulles est ordinairement de deux ou trois jours ; puis, spontanément ou à la suite d'un frottement un peu brusque, elles se rompent et laissent à nu des ulcérations superficielles et grisâtres, qui ont une grande tendance à s'étendre en surface et en profondeur, principalement si la partie n'est pas soustraite à la cause qui a produit la maladie. Dans ce cas, une croûte superficielle se forme dans l'intervalle d'un lavage à l'autre ; elle est chaque jour ramollie et détachée par l'eau de mer ; des grains de sable s'introduisent dans l'ulcère et contribuent par leur présence à l'irriter encore, de sorte qu'au bout d'un certain temps, les malades sont obligés de venir réclamer les secours de l'art ; la guérison spontanée est longue à s'effectuer, et une cicatrice bleuâtre indique le lieu où a existé l'ulcère.

Le diagnostic de la maladie arrivée à l'état que je viens de décrire serait assez embarrassant pour quiconque ne connaîtrait pas les précédents, car j'ai vu quelquefois des ulcérations étendues produites par cette cause : je crois donc que l'on pourrait caractériser parfaitement la variété du pemphigus que je décris, en la désignant sous le nom de *pemphigus ulcéreux*.

Son pronostic ne présente rien de défavorable, si on peut traiter la maladie dès le commencement ; alors, moyennant quelques précautions que j'indiquerai tout à l'heure, on peut compter sur une guérison rapide ; dans le cas contraire, la maladie peut durer depuis quinze jours jusqu'à un mois.

La première précaution qu'il faut prendre lorsqu'on a à traiter la maladie qui nous occupe, c'est d'éloigner la cause qui l'a produite : les malades devront donc être exemptés du lavage jusqu'à guérison parfaite. Les auteurs recommandent de percer les bulles pour faire écouler la sérosité, en laissant la peau recouverte par l'épiderme. Telle n'est pas ma manière de voir, car j'ai reconnu que la guérison était beaucoup plus rapide en suivant un procédé opposé. Je suis dans l'habitude, lorsque les bulles

sont encore intactes, d'enlever l'épiderme et de recouvrir la peau d'un linge fin enduit de cérat saturnisé; il n'y a pas encore d'ulcération produite, la guérison est rapide, et elle peut être obtenue en trois ou quatre jours, pourvu qu'on ait le soin de ne pas laisser se former des croûtes et qu'on soumette de temps en temps la partie à des lotions émollientes. Si des croûtes existaient déjà et si l'ulcère paraissait enflammé, un cataplasme émollient appliqué durant deux ou trois jours suffirait pour faire disparaître l'inflammation; on n'aurait plus alors qu'à traiter l'ulcère comme une plaie simple : un plumasseau de charpie enduit de cérat ou une plaque de diachylum mettant la petite ulcération à l'abri du contact de l'air, amèneraient rapidement la cicatrisation. Il faut toujours attendre que celle-ci soit complète et consolidée avant de permettre aux malades de remettre les pieds dans l'eau; si cette précaution est négligée, les récidives sont fréquentes. Bien que la maladie m'ait paru toujours avoir une cause locale, je me suis bien trouvé d'administrer un purgatif léger dans les cas de pemphigus un peu rebelle; l'embarras gastrique est si commun chez les marins, qu'il y a toujours utilité à évacuer les premières voies.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

SUR L'EMPLOI DE LA CONÉINE CONTRE LA COQUELUCHE; *par* SPENGLER.

Le docteur Spengler à Herborn, ayant trouvé la conéine fort efficace contre la coqueluche dans deux épidémies séparées l'une de l'autre par un intervalle de trois ans, croit devoir ranger ce médicament au-dessus de tous les autres qu'on a vantés contre cette maladie, tels que le tannin, la digitaline, les croûtes de vaccine, le nitrate d'argent, le cuivre, etc. Voici les cas dans lesquels il l'a employée dans la dernière épidémie qu'il a observée pendant l'hiver passé.

OBS. I. — Un garçon, âgé de 8 ans, souffrant d'une forte coqueluche déjà depuis quatre semaines, fut confié à ses soins, alors que les accès augmentaient d'intensité et de fréquence. Il lui prescrivit une potion composée de conéine, un demi-grain; eau, six onces; à prendre une cuillerée à soupe toutes les trois heures. Les paroxysmes deviennent moins fréquents et moins forts, l'enfant gagne de la gaîté et commence à manger. Bientôt les accès ne vinrent plus que trois à quatre fois par jour; mais il se développa un nouveau catarrhe bronchique suivi d'une péricardite à laquelle l'enfant succomba. Les accès de toux n'atteignaient plus, même pendant la péricardite durant laquelle la conéine fut suspendue, l'intensité qu'ils avaient eue avant l'usage de la conéine.

OBS. II. — Dans la même famille, il se trouvait encore un enfant, âgé de 3 à 4 mois qui, à l'époque de la mort du malade précédent, était atteint depuis quinze jours de la période catarrhale de la coqueluche, et chez lequel la toux ordinaire commençait dans les derniers jours à apparaître par paroxysmes, de manière qu'en présence de l'épidémie régnante, ces symptômes devaient être diagnostiqués décidément comme dépendant de la coqueluche. L'enfant prit trois fois par jour 1/40 de grain de conéine dans de l'eau de fleurs d'oranger, et il était guéri au bout de huit jours.

OBS. III. — Dans la même maison, demeuraient des parents de la même famille, qui avaient un enfant âgé de six semaines, toussant également déjà depuis quinze jours, mais qui commençait dans les derniers temps à vomir après chaque accès de toux, de sorte que les parents savaient d'avance l'arrivée du paroxysme. L'enfant devenait bleu à la figure, et l'oppression atteignit plusieurs fois un degré tel que les parents craignaient qu'il n'étouffât. Ce symptôme ne tardait cependant pas à disparaître chaque fois, et l'enfant était assez gai dans les intervalles. L'existence de la coqueluche n'était pas douteuse. L'enfant prit 1/48 de grain de conéine trois

fois par jour, et fut rétabli après huit jours.

Obs. IV. — Les parents d'une fille, âgée de 3 ans, dont une sœur aînée venait de succomber à une bronchite pendant le cours de la coqueluche, réclamèrent du secours contre cette maladie dont l'enfant était atteint depuis trois semaines. La période catarrhale était tout à fait passée, et un paroxysme de toux arrivait environ toutes les deux à trois heures. L'enfant gardait constamment le lit. M. Spengler lui prescrivit 1/20 de grain de conéine trois fois par jour, laquelle dose, à défaut d'amélioration, fut augmentée de 1/10 de grain au bout de quatre jours. L'enfant était guéri huit jours après.

Obs. V. — Un enfant, âgé de 1 an, fut confié à M. Spengler par un collègue tombé malade. Cet enfant, atteint d'une coqueluche parfaitement développée, avait été traité auparavant dans la période catarrhale sans succès, au moyen du tartrate d'antimoine et de potasse, du muriate d'ammoniaque, etc., et plus tard, pendant longtemps, à l'aide de la pulsatille qu'on prétendait avoir trouvée utile dans une épidémie régnant à Giessen. La conéine lui fut prescrite à la dose de 116 de grain toutes les six heures, et il était entièrement rétabli au bout de dix jours.

(*Allg. med. Central-Zeitung ; et Jour de méd. de Bruxelles.*)

DES PÉDILUVES AVEC L'ACIDE NITRO-MURIATIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DU FOIE ; *par* M. RANALD MARTIN.

Nous croyons d'autant plus utile de faire connaître à nos lecteurs ce mode particulier de traitement des maladies du foie, que d'après les médecins anglais, et en particulier d'après M. Ranald Martin, ce serait là un traitement vraiment efficace contre des affections trop souvent rebelles à nos moyens de traitement.

Ainsi que l'indique leur nom, ces bains ont pour principe médicamenteux l'acide nitro-muriatique, qui se prépare de la manière suivante :

Acide chlorhydrique, 3 parties
Acide nitrique, 2 parties ;
Eau distillée, 5 parties ;

Mélangez avec soin : 100 grammes pour 5 litres d'eau, portée à 34 ou 36° centigrades ; 10 litres d'eau suffisent pour un bain de pieds ordinaire.

Le liquide de ce bain peut servir pendant une semaine, en ayant la précaution d'ajouter à chaque fois 15 grammes d'acide et 500 grammes d'eau, et de n'en faire chauffer qu'une petite partie seulement, pour élever la température au degré convenable ; bien entendu que la baignoire doit être en terre ou en bois, et que le liquide doit être chauffé dans un vase de terre. Pour prendre ces bains, le malade a les deux pieds placés dans la baignoire ; il y reste pendant quinze minutes, et, dans cet intervalle, on lave alternativement la partie interne des jambes et des cuisses, celle des bras et l'hypocondre droit, avec une éponge trempée dans le liquide du bain ; on revient à ces bains matin et soir.

Avec ces bains, le malade prend, tous les deux jours, un purgatif doux, tel que du sulfate de magnésie, et si la peau est sèche et rude, on lui fait prendre, deux fois par semaine, un bain de vapeur, pour stimuler et ouvrir les pores de la peau, et pour nettoyer la surface du corps.

Lorsque le bain détermine une trop vive irritation à la peau, on peut diminuer la quantité d'acide qui entre dans la composition du bain, et lorsqu'on voit survenir de l'irritation des gencives avec malaise général, il faut suspendre les bains, sauf à les reprendre quelques jours après, dès que les symptômes sont calmés.

D'après M. Martin, il faut, en général, continuer ces bains pendant deux mois, pour ramener l'organe hépatique à ses conditions normales ; on continue en même temps les toniques amers et les

préparations ferrugineuses, dont les bains aident l'action médicamenteuse. Lorsqu'il y a lieu de croire que le foie est dans un état de torpeur, M. Martin conseille les bains chauds et tièdes, spécialement les bains d'eau de mer; on abaisse la température des bains à mesure que la maladie approche de la guérison.

Quant à la détermination des cas particuliers auxquels convient ce traitement, la lecture des observations publiées par les médecins anglais nous a appris que c'est contre les engorgements du foie qui surviennent chez les Européens transportés dans les pays chauds, et qui se lient soit à l'existence des fièvres intermittentes ou rémittentes, soit à d'anciennes lésions du tube digestif. On comprend que notre expérience est muette sur ce point ; mais par la stimulation que ce moyen et ceux avec lesquels il est combiné doivent déterminer vers la peau, nous comprenons bien comment ils peuvent exercer une influence favorable sur la résolution de ces engorgements hépatiques ; néanmoins, nous ferons remarquer que nous possédons dans les eaux minérales alcalines, et en particulier dans les eaux thermales de Vichy, un traitement qui compte de nombreux succès dans les cas de ce genre, et qui pourrait d'ailleurs être combiné avec le traitement des médecins anglais par les bains d'acide nitro-muriatique.

(*Ranking's half-yearly Abstract;* et *Bull. gén. de thérap.*)

RECHERCHES SUR LA NATURE CHIMIQUE DE LA MATIÈRE COLORANTE DANS L'ICTÈRE; *par* M. HELLER.

Il est généralement admis aujourd'hui que la couleur jaune des ictériques est due à la matière colorante de la bile, sécrétée du sang et déposée dans les tissus. M. Heller cherche à établir, au contraire, que cette couleur n'est pas nécessairement due à la biliphaïne ou matière colorante de la bile, mais que la présence en excès de l'urophaïne (matière colorante de l'urine) dans le sang peut aussi y donner naissance. Dans trois cas d'ictère très-prononcé chez des individus de 30 ans, où l'on soupçonnait une affection chronique du foie (hypertrophie avec induration partielle), mais qui, se terminant par la guérison, ne permirent pas de vérifier le diagnostic, les urines présentèrent, pendant toute la durée de la maladie, une profonde teinte jaune et une réaction fortement acide; et cependant les recherches les plus minutieuses ne purent y faire découvrir, pas plus que dans la sueur, la moindre parcelle de matière colorante de la bile, tandis que la matière colorante de l'urine s'y trouvait en quantité notable. On analysa également le sang et on n'y rencontra que cette dernière. Les selles avaient conservé leur couleur naturelle.

M. Heller prescrit certaines précautions pour la constatation de la biliphaïne, et pense qu'en recherchant, à l'aide des acides minéraux, l'uroxanthine, on s'expose à confondre ces deux produits, parce que la biliphaïne, réagie par l'acide azotique, change, comme on le sait, de couleur dans l'ordre suivant : du jaune au vert, de là au jaune, au violet, au rouge, pour revenir au jaune, le tout suivant son degré d'oxydation. Lorsque la quantité de biliphaïne est très-petite, on n'obtient distinctement que la seule nuance verte, qui passe sans intermédiaire au jaune ; le rouge est assez généralement percevable, tandis que le bleu manque souvent. L'uroxanthine est également une matière colorante jaunâtre qui teint les urines, devient violette et bleue par l'action des acides, et prend quelquefois, sous celle de l'acide azotique, une nuance verte.

On ne rencontre pas de biliphaïne dans le sang à l'état sain, mais ce liquide en contient dans l'ictère bilieux ; il s'en trouve presque toujours alors aussi dans les urines. Cependant, suivant M. Heller, le sang peut en renfermer aussi dans d'autres maladies, surtout dans les maladies nerveuses, spasmodiques, telles que l'éclampsie, l'hystérie, sans qu'il y

ait ictère ou que l'urine change de couleur. Il paraît qu'il y a encore d'autres voies d'élimination pour la matière colorante de la bile ; peut-être s'échappe-t-elle aussi du corps par la perspiration pulmonaire.

Les évacuations alvines bilieuses empruntent, suivant M. Heller, leur couleur à plusieurs circonstances, indépendamment de la nature des aliments, etc., savoir : 1° à la biliphaïne ; 2° aux sulfures métalliques, comme cela a lieu par exemple, après l'usage du calomel (ce qui infirmerait l'opinion accréditée à l'endroit de l'action spécifique des mercuriaux sur la bile) ou du tartre émétique ; 3° chez des enfants à la mamelle dans certains cas particuliers. Les selles empruntent leur couleur dans l'état normal à la biliphaïne ; cependant elle n'est plus alors dans le même état où elle est dans la bile et dans la portion supérieure de l'intestin, puisque, sous l'action de l'acide nitrique, elle prend d'abord plus ou moins une belle couleur rouge, et passe ensuite au vert. La présence de la biliphaïne inaltérée dans les selles est une anomalie. Si cela se voit dans la diarrhée, dans la première période du choléra, c'est qu'elle est évacuée avec tant de précipitation, qu'elle n'a pas, pour ainsi dire, le temps de se changer en matière colorante fécale.

Les différentes couleurs que présentent quelquefois les matières des vomissements, telles que le vert, rarement le bleu, le violet, la fleur de pêcher, sont dues à la biliphaïne et à ses modifications, telles qu'on peut les produire artificiellement par l'acide azotique. Même dans les empoisonnements par le cuivre, la couleur verte ou vert-bleue des déjections est due à la biliphaïne, puisque l'analyse n'y décèle que des quantités infiniment petites du métal. Lorsque la biliphaïne se présente avec une couleur rouge, on pourrait la confondre avec la matière colorante du sang, mais il suffit d'une réaction par l'acide azotique pour éviter l'erreur. La biliphaïne peut colorer aussi la sueur en vert ou en bleu, suivant son degré d'oxydation, comme on le voit quelquefois sur le linge ; mais de semblables taches peuvent être produites aussi par l'uroxanthine (l'uroglaucine et l'urrhodine). Dans l'ictère bilieux les sécrétions buccales, la salive, les crachats et en général toutes les exhalations contiennent de la biliphaïne. On rencontre des cas où elles en contiennent sans qu'on puisse en retrouver dans le sang.

(*Archiv. belges de méd. milit. ; d'après la Gaz. méd. de Vienne.*)

DE L'UTILITÉ DES GALBULES DE CYPRÈS DANS LES HÉMORRHOÏDES ASTHÉNIQUES AVEC CHUTE DE LA MUQUEUSE RECTALE ; *par* M. SÈRE, de Muret.

Hippocrate employait déjà les galbules ou noix de cyprès dans les maladies utérines, et Galien les recommande pour arrêter le flux de ventre. Plus tard, Lanzoni et Mathiole en firent une panacée : le premire contre la fièvre intermittente ; le second contre les tumeurs herniaires. Sans leur accorder d'aussi éminentes vertus ; M. Sère, considérant leur saveur amère, astringente et résineuse, a pensé qu'ils pouvaient concourir à redonner aux tissus affaiblis leur force tonique ; et c'est ainsi qu'il a été conduit à les employer dans plusieurs cas de tumeurs hémorrhoïdales et de collapsus du rectum, et il paraît s'en être bien trouvé. Il rapporte à l'appui l'observation suivante, où l'on trouve en même temps le mode d'application.

M..., de Muret, âgé de 52 ans, taille élevée, tempérament mixte, d'une famille où il n'y a jamais eu d'hémorroïdaire, ayant eu le malheur de perdre sa femme en 1843, devint sombre, et prit l'habitude de n'accomplir l'acte de défécation qu'en lui consacrant un certain temps, dangereuse habitude, qui finit pa déterminer d'abord une constipation opiniâtre, puis de nombreuses tumeurs hémorrhoïdales, et enfin la chute d'une portion de la tunique interne du rectum.

Appelé pour traiter ce dernier accident, qui avait fini par lui causer quelque frayeur, M. Sèze constata qu'une portion de 4 à 5 centimètres de la muqueuse rectale s'échappait à travers l'anus, et qu'une série de marisques en couronnait l'orifice. Après avoir obtenu la réduction, prenant en considération le tempérament du malade, sa sobriété et l'impression incessante d'un chagrin qui durait toujours, il pensa que la maladie était essentiellement asthénique et tout à fait locale. Il prescrivit donc une alimentation douce et restaurante; localement, le jour, des bains et des fumigations avec une forte infusion de galbules de cyprès concassés, et la nuit, un cataplasme de ces mêmes galbules bien broyés.

Sous l'influence de ce traitement, bientôt les tumeurs hémorrhoïdales se flétrirent, quelques-unes même disparurent entièrement ; la muqueuse rectale finit par ne plus céder aux efforts de la défécation. Bref, après deux mois d'un traitement physique et quelque peu moral, M... se trouva très-bien guéri.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

Chirurgie.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS PAR LA SUPINATION ; *par* M. SÉDILLOT.

Dans un compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Sédillot, pour le semestre d'été 1851 (*Gaz. méd. de Strasbourg*). M. Lauth a consigné quelques idées du professeur sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, que nous reproduisons, d'abord pour ne pas laisser incomplète l'histoire de ces fractures, puis, afin d'en rechercher la juste valeur.

« Jusqu'à présent, dit le compte rendu, *on* plaçait le membre en demi-pronation, *la main fortement portée vers le côté cubital* (Dupuytren). *On* a cherché à expliquer de bien des manières *l'impossibilité des mouvements du poignet dont se plaignent la plupart des sujets*, et personne n'a pu donner encore de solution à l'abri de toute objection. »

Si c'est là ce qu'*on* enseigne aux élèves de la Clinique de Strasbourg, il faut avouer qu'*on* leur donne une fort étrange idée de la chirurgie contemporaine. Il y a longtemps que les chirurgiens un peu au courant de la science, ont cessé de *porter fortement*, ou même de porter le moins du monde la main dans le sens cubital, à part les complications fort rares de subluxation du cubitus ; et quant à *l'impossibilité des mouvements dont se plaignent la plupart des sujets*, il n'y a que les sujets mal traités qui s'en plaignent; M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, en a signalé très-explicitement la cause réelle, avec les moyens de l'éviter ; et sans parler des autres hôpitaux, il n'y a pas un seul blessé traité à Saint-Louis d'une fracture du radius (et l'on sait combien les fractures y sont fréquentes), qui ait offert non-seulement l'impossibilité, mais même une gêne notable des mouvements du poignet.

Cependant, M. Sédillot, sans se laisser arrêter à ces bagatelles, cherche toujours la cause de cette gêne des mouvements, probablement chez ses malades ; et *il l'attribue précisément à la position dans laquelle on plaçait le membre fracturé.*

« La raison qu'il donne est basée sur un fait physique, dont chacun peut vérifier l'exactitude par une expérience sur le cadavre.

« L'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras n'offre pas les mêmes rapports de longueur dans les diverses positions de la main. Si on place le membre en supination, les deux os sont parallèles, et le radius présente son maximum de longueur relativement au cubitus. Si on tourne la main en pronation, le radius croise le cubitus et devient relativement plus court.

« La différence, mesurée chez un assez grand nombre de sujets adultes par M. Jaillot, chirurgien sous-aide-major, sur la demande de M. Sédillot, a donné 10 millimètres et 5 millimètres comme limites extrêmes. Il en résulte que l'obliquité des surfaces articulaires carpiennes, du radius et du cubitus, n'est pas la même pendant la supination et la pronation. Cette obliquité, considérée en supination, et du radius vers le cubitus, ou de dehors en dedans et de bas en haut, est alors à son maximum, et la main se renverse naturellement en dedans, c'est-à-dire vers le cubitus. Si l'on porte la main en supination forcée, de manière à en rendre le bord interne aussi antérieur que possible, on s'aperçoit que la main se renverse davantage en adduction qu'en abduction, et le contraire a lieu pour les mouvements de pronation.

« *Le raisonnement et l'expérience montrent donc que la main doit être mise en supination, si l'on veut en faciliter l'adduction*, puisqu'elle s'inclinera sur une surface beaucoup plus oblique, et que la position relative des deux os de l'avant-bras favorise ce renversement; aussi peut-on dire qu'on commet un contre-sens anatomique, en plaçant la main en pronation et en adduction, ces deux situations se faisant mutuellement obstacle. L'adduction de la main doit être favorisée par un mouvement congénère de supination. »

Nous ne dirons rien de cette façon d'étudier l'étiologie des roideurs articulaires chez le vivant par des expériences sur le cadavre. Mais, quand nous lisons des apophthegmes de cette force; que *le raisonnement* (en première ligne) *et l'expérience* (sur le cadavre) *montrent que la main doit être mise en supination, si l'on veut en faciliter l'adduction ; et qu'on commet un contre-sens anatomique en plaçant la main en pronation et en adduction, ces deux situations se faisant mutuellement obstacle*, nous nous rappelons ce philosophe grec, qui se mit à marcher pour prouver le mouvement, et nous nous demandons comment il ne s'est pas trouvé à la Clinique, non un cadavre, mais un vivant, pour démontrer au professeur que la pronation et l'adduction se font parfaitement ensemble.

C'est, cependant, d'après ce *raisonnement* et cette *expérience*, que M. Sédillot condamne ses blessés à garder la main dans la supination pour de simples fractures de l'extrémité inférieure du radius. Nous nous trompons toutefois ; il a *un second fait* sur lequel il se fonde *pour démontrer la supériorité de la nouvelle méthode de traitement*. Ce *fait*, le voici :

« Si l'on mesure l'intervalle compris entre les attaches radiale et cubitale du muscle carré pronateur pendant la supination, on le trouve, chez un adulte bien conformé, de 55 millimètres. Le même intervalle mesuré en pronation n'est plus que de $0^{m},035$, changement énorme, et qui explique pourquoi les fractures de l'extrémité inférieure du radius traitées en pronation, entraînent presque constamment la perte des mouvements de supination. Le muscle carré pronateur, se trouvant plus ou moins rompu dans ses fibres inférieures par l'action même des os fracturés, est le siége d'un épanchement de sang assez considérable, et se cicatrise en s'indurant dans la position où on l'a laissé immobile pendant tout le temps de la consolidation. Plus tard, il faut obtenir un allongement de 2 centimètres de tissus indurés et rétractés, et cet allongement n'est plus possible. »

Quoi ! c'est avec de tels *faits* qu'un clinicien démontre la supériorité d'un traitement quelconque ? Jamais, en vérité, la philosophie chirurgicale, la logique universelle n'a reçu une entorse plus violente ; et jusqu'ici, nous avions cru que la supériorité du traitement se *démontrait* uniquement par les résultats. Voyons, au moins, quels résultats a donnés ce traitement supérieur. Il y a eu 7 fractures du radius traitées dans le service pendant ce semestre ; de quatre de ces

fractures, point de nouvelles ; quant aux trois autres :

« Un jeune garçon de douze ans, traité à la Clinique d'après ces principes, jouissait d'une mobilité parfaite et d'une conformation très-régulière au moment où l'on retira l'appareil inamovible, qui ne lui enveloppait pas les doigts, ni la moitié antérieure de la paume de la main.

« Deux femmes, soumises à la même méthode, *guérirent également très-bien, mais d'une manière moins parfaite*, parce que la main avait été légèrement portée en dedans par l'action des pronateurs. »

Ainsi, sur trois malades, il y en a un *parfaitement* guéri ; et deux autres *d'une manière moins parfaite ;* autrement pour le français *avec une guérison imparfaite*, et qui se trouvent pourtant avoir guéri *également très-bien*. Se retrouve qui pourra dans ce galimatias, qui nous laisse ignorer, probablement pour cause, en quoi consiste l'imperfection de cette guérison *également très-belle*.

On comprend que nous n'entrions pas dans les détails de l'appareil ; fondé sur des idées fausses, sur des expériences tout à fait en dehors de la question, recommandé par deux échecs sur trois essais, nous n'y aurions pas un seul instant arrêté nos lecteurs, si le nom et la position de l'inventeur ne risquaient de lui donner près de quelques élèves une malheureuse autorité.

Ce traitement par la supination a été aussi mis en pratique pour une fracture du tiers inférieur du radius, avec déplacement notable des fragments ; et il paraît avoir assez bien réussi. Ce mode de traitement avait des antécédents, dont *on* eût pu révéler quelque chose aux élèves ; il va sans dire qu'*on* ne leur en a pas dit un mot.

APPLICATION DIRECTE DU COPAHU DANS LES CAS DE BLENNORRHAGIE ET DE BLENNORRHÉE ; *par* M. MARCHAL, *de Strasbourg*.

M. Marchal, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, a adressé au *Journal de médecine et de chirurgie* une note assez curieuse sur l'application directe du copahu dans le traitement des écoulements blennorragiques et leucorrhéïques, quel que soit le siége de la blennorragie, urètre, vagin, utérus.

Nous la reproduirons textuellement.

« On connaît la répugnance que les malades éprouvent à prendre le copahu à l'intérieur, quelle que soit la forme sous laquelle il est administré ; la durée, fort longue parfois, pendant laquelle le médicament doit être continué pour faire tarir les écoulements urétraux, les inconvénients que cette administration prolongée peut entraîner, tels qu'irritation gastro-intestinale, diarrhée, éruptions cutanées ; le peu d'efficacité du copahu donné en lavement comme antiblennorragique, l'impuissance du médicament administré à l'intérieur, dans le cas de blennorragie vaginale ou utérine ; d'autre part, on sait que les lavements de copahu sont administrés avec succès dans les diarrhées atoniques ; que, donnée à l'intérieur, cette même substance a une action utile dans l'inflammation chronique des bronches, de la trachée, dans le catarrhe et même dans la phthisie pulmonaire, surtout lorsqu'il y a expectoration puriforme : on se demande donc pourquoi le copahu, porté dans l'urètre, le vagin, l'utérus, n'agirait pas d'une manière plus directe, plus prompte et plus efficace, que donné à l'intérieur ou injecté dans le rectum.

« Ces considérations m'ont porté à établir, depuis plusieurs années, une série d'expérimentations que je vais exposer d'une manière rapide.

« Du copahu liquéfié a été injecté dans l'urètre de l'homme et de la femme affectés de blennorragie, et souvent le succès fut prompt ; d'autres fois, l'écoulement résista à ce moyen ; des faits analogues ont été signalés par M. le professeur Taddei.

« Je me demandai si le copahu divisé ne produirait pas plus d'efficacité : je

l'alliai à la gomme dans la proportion de cinq parties sur huit de cette dernière substance, dissous dans cent parties d'eau distillée. Les injections de ce liquide réussirent parfaitement : chez la femme, la blennorragie urétrale disparut en peu de jours ; chez l'homme, j'obtins le même succès, mais quelquefois des accidents inflammatoires furent le résultat de l'introduction maladroite de la seringue. Je fis placer un bout de sonde creuse comme conducteur de la canule, et je prévins les accidents ; plus tard, je substituai à l'injection une sonde creuse en caoutchouc, chargée et enduite de l'émulsion indiquée ; je la laissai à demeure : elle ne pénétrait pas dans la vessie et était fixée au corps à l'aide de lacs ; glissant cependant dans le canal de l'urètre par suite des mouvements, elle lubrifiait celui-ci par le liquide qu'elle dégorgeait et soumettait ainsi l'urètre à un bain de copahu. Le succès a été constant sans médication interne, et la durée moyenne du traitement de cinq à huit jours.

« Dans le même but, j'ai fait essai de bougies d'emplâtre simple 20 parties, cire jaune 10, baume de copahu 6, ou emplâtre simple, cire jaune, résine de copahu à parties égales ; mais ce moyen m'a paru moins efficace.

« Je dois ajouter que, dans la majorité des cas, le traitement par injection n'a été mis en usage que lorsque l'acuité de l'inflammation avait cédé aux moyens propres à combattre ce symptôme.

« Le succès du traitement auquel j'ai soumis l'urètre contaminé m'a fait étendre les mêmes moyens à la blennorragie vaginale et à la blennorragie utérine aussi bien qu'à la leucorrhée. Les mêmes injections ont été portées dans l'utérus et dans le vagin ; des tampons imprégnés du liquide ont été placés dans ce dernier et les résultats ont été identiques ; la muqueuse a présenté un meilleur aspect, et l'écoulement, modifié chaque jour, a tari. J'ajouterai que les injections portées dans l'utérus n'ont pas été suivies des accidents survenus assez souvent à la suite de ces pratiques. »

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS ; *par* M. HENROTAY.

Dans ses expériences sur l'inoculation du pus syphilitique, M. Ricord a vu que ce pus mêlé à l'acide acétique perd ses qualités inoculables. M. Henrotay s'étonne qu'il se soit arrêté là, et qu'il n'ait pas eu l'idée d'appliquer à la prophylaxie et à la thérapeutique la découverte qu'il venait de faire. En effet, si l'acide acétique enlève au pus syphilitique ses propriétés inoculables, pourquoi ne pas modifier incessamment la sécrétion de l'ulcère par cet agent? Comment admettre que, doué de la propriété d'enlever au pus sécrété ses qualités virulentes, il ne puisse modifier avantageusement la surface sécrétante?

Après avoir longtemps médité ces idées, l'auteur s'est résolu à les appliquer dans le cas suivant :

« J'avais, dit-il, à traiter un ulcère vénérien primitif qui, loin de s'amender, s'étendait de plus en plus sous l'action du caustique. Depuis près d'un mois qu'il était soumis au traitement ordinaire, il n'avait fait aucun progrès réel vers la cicatrisation, ou plutôt ce qui avait été gagné sous ce rapport au point de départ de l'ulcère, était largement compensé par l'extension qu'il avait prise dans une autre direction. Je résolus d'abandonner le caustique et les moyens ordinaires de pansement, et de recourir aux attouchements avec l'acide acétique, et aux pansements faits avec une mèche de charpie trempée dans cet acide. Dès ce moment la tendance à l'accroissement du mal disparut, la base et les bords indurés se ramollirent ; la marche vers la cicatrisation ne fut plus douteuse, et au bout de six jours l'ulcère était complétement guéri.

« Une autre occasion d'essayer la puissance du moyen ne tarda pas à se présenter. J'avais affaire cette fois à un

de ces chancres diphtéritiques contre lesquels M. Ricord ne conseille pas de recourir à la cautérisation. L'ulcère, de forme semi-circulaire, siégeait à la couronne du gland, et déjà son empreinte se montrait sur la surface interne du prépuce. Je portai, au moyen d'un pinceau de charpie, l'acide acétique sur l'ulcère et sur la partie préputiale correspondante. Une mèche de charpie, trempée dans l'acide et humectée plusieurs fois le jour par ce liquide, fut appliquée entre le gland et le prépuce. La sécrétion tarit, le prépuce ne fut pas envahi par le mal; pas la moindre induration, ni des bords ni de la base, n'apparut, et la cicatrisation était complète en douze jours. »

Déjà, du reste, d'autres expérimentateurs sont venus confirmer les résultats obtenus par M. Henrotay, et en même temps régulariser l'emploi du nouvel agent de cautérisation. Ainsi M. Dechange a fait voir que l'acide acétique ne devait pas être étendu sur un plumasseau et laissé à demeure sur l'ulcère, car non-seulement il en cautérise la surface, mais il attaque et corrode la muqueuse préputiale correspondante, et en la dénudant de son épithélium, il la place dans des conditions d'absorption très-défavorables. M. Henrotay a reconnu lui-même l'importance de cette précaution. M. Dechange a donc employé l'acide acétique chez neuf malades atteints d'ulcères primitifs qui se prêtaient bien à la méthode ectrotique abortive. Ces chancres siégaient sur la partie moyenne du gland, à sa couronne et au frein. Ils ont été guéris en moins de quinze jours, et ce temps peut être regardé comme relativement court; et, de plus, aucun des chancres ainsi traité ne s'est induré, ce qui arrive assez fréquemment après la cautérisation par le nitrate d'argent.

M. Gouzée a obtenu en dix jours la cicatrisation d'un large ulcère récent et superficiel au-dessous du frein qui était déchiré. Il se borna à quatre applications, une par jour, sans laisser le caustique à demeure, et en pansant avec la charpie sèche. Il a trouvé que ces applications étaient très-douloureuses; mais, d'une autre part, la rapidité de la guérison lui fait penser que ce moyen mérite toute l'attention des praticiens.

(*Archiv. belges de méd. militaire.*)

DU TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ PAR L'ALUN CALCINÉ; par M. SOMMÉ, *chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers.*

Dans un ouvrage intitulé : *Leçons orales de Clinique chirurgicale*, etc., par le baron Dupuytren, article 8, *ongle rentré dans les chairs*, on lit : « M. Sommé, « chirurgien à Anvers, propose d'*enlever* « *d'abord la portion d'ongle qui est en-* « *trée dans les chairs*, puis de remplir « la cavité où cette portion était reçue « avec de la poudre d'alun calciné, afin « de sécher le fond de l'ulcération et « d'empêcher la croissance ultérieure de « l'ongle. »

Telle n'est pas exactement la méthode dont je me sers dans le traitement de cette maladie. Elle n'exige ni avulsion, ni arrachement de l'ongle, ni autres procédés plus ou moins douloureux, tels que l'excision des chairs et leur cautérisations. J'ai vu M. Desault se servir d'une plaque mince de plomb ou de fer-blanc qu'il passait au-dessous du bord détaché de l'ongle, afin de l'empêcher d'appuyer sur l'ulcère et de laisser à celui-ci le temps de se cicatriser. Ce procédé a l'inconvénient de causer de la douleur, et les malades ne voulaient pas s'y soumettre; d'ailleurs, il était insuffisant : lorsque la maladie s'étendait jusqu'à la base de l'ongle, on ne pouvait le soulever de manière à passer la plaque.

Je n'emploie que l'alun calciné seul, sans opération préalable; avec un stylet aplati, on enfonce l'alun aussi profondément qu'il est possible entre les chairs et l'ongle; il se forme une croûte, on l'enlève avec précaution deux fois par jour d'abord, ensuite tous les jours. Si

on laissait la croûte formée par l'alun, la matière purulente resterait enfermée sous elle, et la maladie persisterait; on n'obtiendrait d'autre résultat que de fatiguer le malade et l'empêcher de continuer ce remède. Quoique simple et de facile application, il demande beaucoup d'attention et de persévérance.

La poudre ainsi renouvelée dessèche les chairs fongueuses; elles se détachent peu à peu, l'ongle se raffermit, cesse de croître, et l'on obtient une guérison plus ou moins solide. Si l'on cesse trop tôt le remède, la maladie peut se renouveler; il ne faut donc pas l'abandonner avant que la dessication ne soit complète. Il faut aussi s'abstenir pendant le traitement de cataplasmes ou de bains de pied, toute humidité étant nuisible.

Depuis une trentaine d'années, j'ai recours à ce traitement, qui me réussit presque toujours, quand les malades sont assez dociles et assez patients pour le supporter.

Ce qui m'a donné l'idée de cette méthode est l'observation suivante que j'ai publiée dans le temps.

Une demoiselle de 35 ans, avait depuis plusieurs années l'ongle du gros orteil rentrant dans les chairs. Elle en éprouvait des douleurs si vives, que tous les soirs elle avait des convulsions et qu'elle était rarement sans fièvre. Ces douleurs et une insomnie habituelle l'avaient réduite à une grande maigreur. L'ulcère avait un aspect cancéreux. Le chirurgien qui le traitait voyant que ses remèdes ne réussissaient pas malgré l'arrachement de l'ongle incarné, crut que la dernière phalange était cariée et il proposa l'amputation. La demoiselle effrayée quitta la ville qu'elle habitait (Lierre) pour venir à Anvers réclamer mes soins. L'ulcère rendait un pus sanieux et de mauvaise odeur, l'ongle arraché avait repoussé rapidement. Après plusieurs tentatives, je résolus, pour renouveler la surface de l'ulcère, de le saupoudrer avec de l'alun calciné. Cette application répétée tous les jours eut un tel succès, que les douleurs cessèrent; l'ulcère se cicatrisa, et au bout de trois semaines, la malade retourna chez elle parfaitement guérie.

(*Annal. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Obstétrique.

LA SÉCRÉTION DU LAIT PEUT-ELLE SE REPRODUIRE APRÈS UNE ANNÉE DE SUSPENSION, SANS NOUVELLE GROSSESSE; *par le docteur* J.-L. MATHIEU.

C'est une opinion généralement admise dans le monde, et même parmi les médecins, que la sécrétion laiteuse s'arrête définitivement après un sevrage de quelques jours ou quelques semaines au plus, et que, passé ce temps, l'allaitement ne peut plus être repris.

Dans l'*Union Médicale* du 17 janvier dernier, M. le docteur Gubler s'élève contre ce préjugé, et cite l'exemple de M. le professeur Trousseau qui a plusieurs fois réussi à faire reprendre l'allaitement après une suspension d'un à quatre mois. Je viens d'observer un cas analogue, mais bien plus remarquable, puisque le sevrage datait d'un an.

Mme F...., âgée de 38 ans, a eu cinq enfants qu'elle a nourris d'un lait toujours très-abondant. Le 16 mai 1851 elle accoucha d'un fils qu'elle allaita pendant quatre ou cinq jours, après lesquels il mourut. Mme F.... ne remplaça pas son enfant par un nourrisson étranger, et ne prit rien non plus pour faire *passer son lait*, qui cessa complétement de l'incommoder au bout de quelque temps. Il est vrai que, dans le courant d'octobre dernier, elle s'aperçut d'un léger écoulement de lait qui dura quelques jours et disparut. Mais la semaine dernière elle vint me prier de lui faire *passer son lait*, qui avait reparu depuis une douzaine de jours

et la mouillait. En effet, elle fit jaillir devant moi, à une grande distance, un liquide abondant dont je recueillis une cuillerée, et que je reconnus facilement être du lait d'un blanc et d'une densité caractéristiques. En même temps elle accusa de la gêne dans les mouvements des bras et de la céphalalgie. Les seins ne présentaient cependant que fort peu d'engorgement et n'étaient, d'ailleurs le siége d'aucune douleur ni d'aucune lésion appréciable. Le pouls était normal ainsi que la température de la peau, et l'état général ne me parut pas sensiblement modifié sous l'influence de ce phénomène étrange. Je prescrivis le petit-lait de Weiss. A l'heure qu'il est l'écoulement laiteux a considérablement diminué et est devenu presque semblable à de l'eau. Il faut ajouter à tout cela que Mme F.... n'est pas enceinte, qu'elle a eu son retour de couche, et qu'elle a toujours *vu* depuis, quoique moins qu'auparavant.

Dans les cas rapportés par l'*Union médicale*, le retour de la sécrétion laiteuse a été déterminé par la succion des nourrissons. Dans celui que j'expose ici, rien de semblable n'a eu lieu. C'est, pour ainsi dire, spontanément que le phénomène s'est produit. Je n'ai pu lui trouver aucune cause extérieure ; mais une circonstance spéciale dont il faut, selon moi, tenir compte, c'est celle de la diminution des règles. Autrefois Mme F.... perdait beaucoup ; depuis quelque temps, sous l'influence peut-être de son âge qui approche de la période critique, elle perd fort peu. Or, pour qui connaît la sympathie et l'espèce de solidarité qui existent entre l'appareil utérin et les mamelles, il n'y aurait rien d'étonnant que cette circonstance eût influé à son tour sur le phénomène dont il s'agit. La fluxion, détournée de l'utérus, se sera portée, en effet, vers les mamelles, et là, en vertu d'un état particulier de ces organes produit par l'accouchement, un suintement laiteux se sera formé aux dépens du sang primitivement destiné à l'utérus.

Ce fait et l'explication que j'en donne sont en parfaite harmonie avec l'ingénieuse théorie du docteur Smith, dont il est parlé dans l'*Union médicale* du 19 février dernier. D'après cette théorie, pendant tout le cours de la *période* de lactation, dont la durée est, comme on le sait, au moins égale à celle de la gestation, les mamelles seraient, alors même que la femme ne nourrit pas, dans un état spécial, quoique le plus souvent inappréciable dans ce dernier cas, qui permettrait à certaines causes, agissant à une époque quelconque de cette période, de réveiller leurs fonctions assoupies ou suspendues.

D'après les observations mentionnées plus haut, la succion serait une de ces causes ; d'après celle que je rapporte ici, une diminution notable de l'écoulement menstruel en serait une seconde.

Ce fait remarquable rend, en quelque sorte, moins difficiles à comprendre les succès obtenus par M. Trousseau, en montrant qu'il ne serait peut-être pas impossible d'en obtenir de semblables à une époque encore plus éloignée du sevrage, et sans être obligé d'avoir recours dans tous les cas, et d'une manière auss soutenue, aux moyens qu'il a mis en pratique.

Il vient encore fort à propos pour répondre à l'appel d'une théorie qui n'avait guère encore d'appui que dans l'esprit de son auteur ; théorie qu'il semble justifier complétement en même temps qu'il est éclairé et expliqué par elle.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Pharmacologie.

DU DANGER QU'IL Y AURAIT A ADMINISTRER LE SOUFRE A L'ÉTAT BRUN ET VISQUEUX ; *par* M. GILLE, *pharmacien à Paris.*

Nous avons reproduit l'an dernier, (t. X, p. 177), une note de M. Hannon sur l'administration du soufre à l'*état brun et visqueux*. Il l'obtenait du sulfure de cuivre, avec quelques précautions pour éliminer tout à fait le cuivre. Ces précautions n'étaient pas suffisantes, à en juger du moins par les recherches suivantes.

M. Declat de Neboud, ayant voulu essayer le soufre brun visqueux dans un cas d'affection cutanée rebelle, pria M. Gille de lui en préparer.

« Pour exécuter à la lettre, dit M. Gille, la préparation selon la formule du docteur Hannon, je préparai 150 grammes de sulfure de cuivre que je mis en contact avec 500 grammes d'eau régale. La décomposition du sulfure s'effectua avec une grande rapidité, et bientôt j'obtins une masse spongieuse très-souple, visqueuse, toute boursouflée et surnageant la liqueur ; lorsque la réaction parut terminée, j'enlevai cette matière et la mis en contact avec une nouvelle quantité d'eau régale, dont l'action très-énergique sépara encore une certaine quantité de cuivre retenu dans cette matière élastique glutineuse, en tout semblable à de la gutta-percha ramollie dans l'eau chaude ; je lui fis encore subir un troisième traitement par l'eau régale, et je remarquai que cette masse élastique devenait de plus en plus cornée et difficile à manier. Le médecin pour lequel j'exécutais cette préparation étant présent, me demanda de laisser ce produit dans l'état où il se trouvait, ne redoutant pas, pour l'usage auquel il était destiné, l'action d'un sel de cuivre insoluble. Je lavai donc avec tout le soin possible ce prétendu soufre brun visqueux, et, selon la prescription du docteur Hannon, j'en fis une pommade avec le baume de tolu et le cérat. La couleur du produit me mit en défiance, et j'exprimai au médecin toute la crainte que j'éprouvais à voir employer un corps qui bien évidemment contenait du cuivre, alors qu'il était nécessaire, pour rester dans les vues du docteur Hannon, de n'employer que du soufre à ce nouvel état allotropique où il est si actif.

« Je repris immédiatement l'étude de cette matière, et j'acquis bientôt la certitude qu'elle renfermait encore une grande quantité de cuivre, que je parvins à enlever complétement au moyen de l'eau régale. Mais, ce qui est contraire à l'observation du docteur Hannon, adoptée par M. le professeur Trousseau, c'est que la viscosité de cette matière diminue à mesure que sa pureté augmente, de telle sorte que, lorsqu'elle est complétement débarrassée du cuivre qui s'y trouve mélangé, ce n'est plus que du soufre jaune en tout semblable au soufre précipité, depuis longtemps indiqué dans tous les ouvrages de chimie.

« Un autre procédé inventé par M. le docteur Hannon pour obtenir le prétendu soufre brun visqueux consiste à faire un mélange de deux parties de sel marin et deux parties de nitrate de potasse avec une partie de sulfure de cuivre, et à verser sur ce mélange de l'acide sulfurique jusqu'à cessation d'effervescence. Le résultat obtenu à l'aide de ce procédé, qui place, comme on le voit, le sulfure de cuivre dans un milieu où il rencontre l'eau régale à l'état naissant, m'a donné un produit exactement semblable à celui obtenu à l'aide du procédé indiqué plus haut, c'est-à-dire du soufre précipité jaune et pas du tout visqueux, lorsque le sulfate de cuivre est complétement décomposé.

« En suivant les conseils de M. Hannon, il arrivera de deux choses l'une : ou bien on dépouillera entièrement le soufre du cuivre qu'il renferme, et alors on obtiendra simplement du soufre précipité ; seulement on l'obtiendra par un procé é

dangereux, quand on a sous la main un procédé très-facile et exempt de tout inconvénient ; ou bien on s'arrêtera lorsque le soufre aura la consistance de la gutta-percha ramollie, et alors on aura bien un soufre brun visqueux, mais ce soufre renfermera à peu près la moitié de son poids de sulfure de cuivre, produit qu'aucun médecin ne se hasarderait probablement à administrer à l'intérieur en connaissance de cause, à la dose de 15 à 30 centigrammes, comme on le ferait d'après la formule de M. Hannon.

« Deux mots, pour terminer, sur le malade pour lequel M. le docteur Declat de Nebout faisait préparer ce médicament. Ce malade employa la pommade au soufre brun visqueux, c'est-à-dire une pommade contenant encore une forte proportion de sulfure de cuivre non décomposé ; cette pommade parut améliorer l'affection cutanée de ce malade. Attribuant avec raison cet effet, non pas au soufre, mais bien au sulfure de cuivre, le docteur Declat résolut d'employer une pommade contenant 0,25 centigrammes de bi-oxyde de cuivre pour 30 grammes d'axonge ; puis il porta successivement la dose de l'oxyde de cuivre à 1 gramme pour 30 grammes. Sous l'influence de ce médicament, l'affection cutanée, ancienne et rebelle, céda complétement. Je donne ces détails thérapeutiques parce qu'ils me semblent éclairer un peu la question des effets surprenants attribués à ce soufre brun visqueux, et prouver l'efficacité des préparations de cuivre dans certaines affections de la peau. »

(*Gaz. des hôpitaux.*)

BULLETIN CLINIQUE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

RVATION DE TÉTANOS PARTIEL SUIVI DE MORT EN 48 HEURES, *avec une contraction spéciale des muscles de l'abdomen;* par M. Rémilly, interne.

Nous avons publié récemment dans ce journal un cas de trismus rapidement mortel, et où la mort paraissait due essentiellement à l'occlusion spasmodique du larynx. En voici un autre cas aussi promptement fatal, et où les phénomènes ont été tout différents, et la mort semble être arrivée d'une toute autre manière. Ces deux exemples si divers d'une même affection montreront combien elle est encore peu connue, et appelleront sans doute l'attention des observateurs.

Obs. — Lombard (Eugène), âgé de 22 ans, entra à l'hôpital le 15 juillet 1852. Quelques heures auparavant, comme il nettoyait des carreaux, le pied lui ayant manqué, son bras droit avait passé au travers des vitres, d'où était résultée une déchirure de 10 centimètres de longueur, occupant le côté interne du bras. Une hémorragie très-abondante s'était produite par la plaie ; on établit une compression avec de l'agaric et de la charpie, et le malade fut transporté à l'hôpital.

Comme l'écoulement de sang était arrêté, le pansement fut respecté ; et pendant quatre jours le malade garda le repos au lit, sans qu'il survînt aucun accident.

Le 18 juillet on enlève la compression qu'on remplace par des bandelettes de diachylon. L'aspect général de la plaie est satisfaisant, seulement la lèvre supérieure de la plaie est renversée en dedans, et la partie interne de la peau fortement comprimée est un peu sphacélée, mais dans une très-petite étendue.

Pendant toute la semaine qui suit, la plaie est pansée à plat, et paraît aller à merveille ; la santé du malade ne paraît affaiblie en rien par l'hémorragie qui a eu lieu antérieurement.

Le 25 *juillet* au soir, sans cause connue, le malade se plaint de roideur du cou, il a de la peine à avaler et à écarter les mâchoires. Une sueur abondante est survenue avec ces graves symptômes et le fatigue beaucoup.

Le 26, à la visite du matin, en examinant attentivement le malade on constate tout d'abord une constriction de l'orbiculaire des paupières et une forte contraction des pupilles. Les muscles de la face présentent aussi quelque chose de roide et de convulsif. Les muscles des mâchoires sont fortement contractés ; cependant, après un certain effort de volonté de la part du malade, elles finissent par s'écarter de 2 à 3 centimètres ; la langue peut sortir de la bouche de la même manière, et déborder les arcades dentaires d'environ 3 à 4 centimètres ; elle est assez mobile dans la bouche, et ne présente pas cette roideur à sa base que nous avons observée chez notre premier malade. Le voile du palais n'offre rien à noter. La déglutition des liquides s'opère encore, mais avec quelque gène ; car le malade est obligé de se mettre sur son séant pour boire, sans quoi il avale de travers ; et l'on peut observer que l'ascension du larynx est lente et pénible. Les muscles du cou sont roides, violemment tendus, les sterno-cléido-mastoïdiens font une saillie très-prononcée sous la peau. Les muscles des parois thoraciques se contractent bien ; la respiration est normale, le thorax s'élève et s'abaisse régulièrement, les contractions du diaphragme sont pareillement régulières ; mais les muscles de l'abdomen sont assez vivement rétractés. Il n'y a aucun râle dans la poitrine. Le pouls est à 84 pulsations. Une sueur très-abondante couvre le malade, et surtout la tête et la partie supérieure du tronc ; on a beau lui essuyer souvent le visage, presqu'immédiatement après il est inondé de sueur. La soif est assez vive. La quantité d'urine rendue depuis hier est peu abondante. L'aspect de la plaie est toujours satisfaisant et n'est en rien modifié. Il n'y a aucune douleur dans les membres, le malade ne souffre absolument que de la roideur du cou et de la sueur abondante qui le fatigue. — *Prescript.* — 8 *pilules d'opium de* 5 *centigr. chacune ; une toutes les heures.*

A la visite du soir, ce qui frappe le plus c'est le progrès de la roideur du cou et des mâchoires. Les mâchoires sont tellement serrées qu'à peine avec de la patience peuvent-elles s'écarter de 1 centimètre ; la langue ne peut plus sortir de la bouche. L'intelligence est cependant aussi nette, aussi précise que le matin ; la parole, à part quelques mots, est clairement articulée. Les parois thoraciques paraissent immobiles, et la respiration est entièrement diaphragmatique ; l'auscultation indique que l'ampliation du poumon est incomplète ; ce n'est qu'en haut qu'on distingue le murmure respiratoire ; celui-ci est d'ailleurs normal, il n'y a aucun râle dans la poitrine. Les parois abdominales sont toujours très-rétractées ; aucune rigidité ni aucune douleur dans les membres. La sueur est toujours très-abondante, la miction rare, et, malgré un lavement avec deux gouttes d'huile de croton, il y a de la constipation.

En somme, l'état du malade est plus grave que le matin ; l'anxiété respiratoire semble due entièrement à l'immobilité des parois thoraciques et à la rigidité des muscles de l'abdomen ; au cou, bien que la roideur soit peut-être un peu plus exagérée que le matin, l'air passe facilement dans la trachée et le larynx. Cependant, le malade étant calme et sans douleur, et l'état d'agitation du matin ayant disparu sous l'influence de l'opium, on se borne à prescrire un lavement avec dix gouttes de chloroforme, pour faire cesser la contraction manifeste du sphincter de l'anus.

A dix heures et demie du soir, le malade est mieux, il y a manifestement rémission des symptômes tétaniques. La respiration est moins précipitée, les parois

thoraciques moins immobiles, les muscles du cou moins durs, moins tendus; les mâchoires s'écartent l'une de l'autre de 2 centimètres 1/2. Seulement le ventre est toujours très-rétracté. Il n'y a aucun râle dans la poitrine; le malade n'éprouve pas de douleurs et sent au contraire une amélioration dans sa situation.

Le 27, à cinq heures et demie du matin. La nuit a été assez tranquille; cependant le malade est moins bien, il est survenu des douleurs dans les membres et des contractions involontaires dans les muscles. La roideur musculaire au cou et à l'abdomen n'offre rien d'exagéré en la comparant à ce qu'elle était hier dans la journée, mais elle est plus considérable qu'hier soir à dix heures. Les muscles de la face sont roides et convulsivement agités. La sueur est toujours aussi abondante. Les idées du malade commencent à s'embarrasser.

A huit heures, la tête est un peu fléchie sur le tronc, les muscles du cou sont redevenus roides et tendus, les paupières sont fermées et vivement contractées ainsi que les pupilles; les narines au contraire largement dilatées; la respiration est haletante, les parois thoraciques immobiles ne fonctionnent plus, tandis que le diaphragme paraît se contracter régulièrement. Le ventre est très-rétracté, les muscles droits de l'abdomen sont durs, roides, et font une saillie très-marquée sous la peau. Il n'y a rien dans les poumons à l'auscultation, le murmure respiratoire est pur et s'entend surtout dans les fosses sous-claviculaires. Le pouls est à 95 pulsations; les membres supérieurs sont demi-fléchis, et animés de temps en temps de soubresauts convulsifs qui partant de là et des membres inférieurs se propagent dans le reste du corps. Le malade entend les paroles qu'on lui adresse, mais il jette les mots et répond par saccades et avec effort. Il dit souffrir beaucoup et surtout de son bras blessé.

A midi, le malade ne reconnaît pas la personne qui s'adresse cependant à lui à plusieurs reprises. Il a toujours des soubresauts convulsifs. La roideur du cou et de l'abdomen est la même; l'état respiratoire et l'aspect de la face sont les mêmes que le matin.

A la visite du soir, il s'est produit une nouvelle rémission des symptômes. Les muscles du cou sont presque dans un état complet de résolution; le ventre bien moins rétracté que le matin; la respiration moins haletante. Les mâchoires s'écartent d'environ 1 centimètre, la langue se meut assez facilement dans la bouche. La soif est assez vive et le malade peut boire seul. La sueur est toujours très-abondante, les urines sont rares, la constipation persiste. Aucun râle muqueux dans la poitrine; le pouls est régulier, 84 pulsations. L'intelligence est nette, précise. Il n'y a plus de douleurs dans les membres, ni de soubresauts dans les muscles; seulement le malade accuse un engourdissement général dans le bras malade.

Huit heures et demie. La fièvre s'est allumée, le pouls est plein, rebondissant, précipité, à 130 pulsations. Toutes les deux ou trois minutes le malade est pris d'un mouvement convulsif qui parcourt tous ses membres et se termine par le soulèvement du tronc. Le muscles du cou ont conservé l'état de résolution qu'ils offraient à quatre heures; mais le ventre est plus rétracté que jamais. Les parois de la poitrine se soulèvent un peu de bas en haut, mais elles ne se dilatent plus; la respiration est entrecoupée, il n'y a pas de râles dans la poitrine. L'intelligence est encore présente, mais la parole est brève, il jette à la hâte ses réponses. La sueur inonde la tête et le tronc. Le malade peut remuer le cou, mais incomplétement; il avale aussi facilement qu'il y a trois heures. Les mâchoires sont toujours très-serrées et s'écartent à peine de 1 centimètre.

Jusqu'à onze heures le malade reste dans l'état que nous venons d'indiquer; l'infirmier qui est de garde près de lui ne remarque aucune modification dans sa

position. L'intelligence reste la même. Le malade vient de demander à boire et a avalé facilement, lorsque tout à coup il est pris d'une violente couvulsion. On n'a que le temps d'accourir pour le maintenir dans son lit, et il est mort.

L'autopsie n'a pu être faite : il y avait opposition formelle de la part de la famille.

Luxation de l'os maxillaire. — Réduction deux mois après ; *par* M. Pamard, *chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.*

Les luxations de l'os maxillaire n'offrent aucune difficulté dans le diagnostic ; mais il n'en est pas de même pour la réduction, lorsqu'on est appelé longtemps après l'accident. L'observation suivante en offre une nouvelle preuve.

Obs. — Françoise Astier, épouse Arnaud, de Saint-Laurent-des-Arbres (Gard), âgée de 28 ans, adonnée aux travaux de la campagne, d'une constitution assez grêle, en voulant mordre sur une poire, éprouva une vive douleur dans l'articulation de l'os maxillaire inférieur, et resta dans l'impossibilité de fermer la bouche et de mettre en contact les arcades dentaires ; l'inférieure faisait une saillie considérable en avant sur la supérieure.

La malade consulta, le lendemain de l'accident, un médecin de la ville la plus voisine, et, plus tard, un autre médecin d'Avignon, qui tous deux méconnurent la nature de la lésion.

Si je dois m'en rapporter au dire de la femme Astier, ils conseillèrent des applications de cataplasmes, des pommades belladonnées, et annoncèrent que dans quelque temps les mâchoires pourraient se rapprocher, que la gêne éprouvée provenait du déplacement de quelques dents molaires qu'il faudrait plus tard arracher.

Bercée par cette espérance pendant près de deux mois, la malade attendait patiemment le rapprochement de ses mâchoires ; mais comme elle ne le voyait pas arriver, elle se décida à venir me consulter ne se doutant pourtant pas de la gravité de sa position.

Le 15 février 1851, elle se présenta à ma visite à l'hôpital ; il ne pouvait exister de doute sur la nature de la maladie ; l'écartement des arcades dentaires était d'au moins trois centimètres, l'inférieure faisait une saillie en avant d'un centimètre et demi sur la supérieure. Il était donc évident que nous avions affaire à une luxation de l'os maxillaire.

Si le diagnostic était facile, il n'en était pas de même pour obtenir la réduction, et nous annonçâmes aux élèves qu'elle serait entourée de difficultés, avec d'autant plus de raison que nous étions dépourvus du dilatateur de Stromeyer, qui nous paraissait être un instrument indispensable dans ce cas.

Nos prévisions furent malheureusement réalisées ; après avoir soumis la malade aux inhalations du chloroforme, nous essayâmes vainement, soit avec les mains, soit à l'aide d'une forte pince à mors plats, d'obtenir l'éloignement de la partie postérieure des arcades dentaires, et l'abaissement de l'os maxillaire ; nous dûmes y renoncer, étant privé du moyen mécanique qui seul paraissait capable de vaincre la résistance opposée par les muscles puissants qui relèvent la mâchoire inférieure, aggravée par l'ancienneté du mal.

Nous conseillâmes à la malade d'aller à l'hôpital de Montpellier, qui possède un arsenal complet de chirurgie, et nous l'adressâmes à notre ami M. le professeur Bouisson, qui, dès le premier jour, essaya vainement la réduction à l'aide des mains et des moyens ordinaires.

Nous lui avions signalé, dans la lettre qui accompagnait la malade, les difficultés

que nous avions rencontrées, et l'opinion où nous étions que le dilatateur de Stromeyer était l'instrument indispensable à la réussite de l'opération :

Le 17 février, après avoir chloroformisé la malade de manière à la plonger dans une anesthésie complète, le dilatateur de Stromeyer fut introduit entre les arcades dentaires, dont on obtint avec assez de facilité l'éloignement; on put donc ramener l'os dans sa position normale, sans que la malade eut conscience de l'opération qu'elle subissait.

Lorsqu'elle fut revenue de son sommeil chloroformique, elle put remuer sa mâchoire, tout en conservant encore de la gêne dans les mouvements, surtout dans celui de constriction; elle éprouvait une douleur marquée dans le point correspondant à l'articulation temporo-maxillaire. Ces accidents se dissipèrent pourtant avec assez de rapidité, et, huit jours après, la femme Astier revint à Avignon parfaitement guérie.

Cette observation me semble devoir fixer l'attention pour plusieurs motifs; d'abord, comment s'expliquer que deux docteurs aient pu méconnaître un accident dont le diagnostic est si facile? Et, dans le cas où ils l'auraient reconnu, pourquoi n'ont-ils pas procédé immédiatement à la réduction, et outils exposé ainsi la malade aux difficultés qui devaient plus tard entraver cette opération?

On doit aussi regretter que l'instrument de Stromeyer soit tellement tombé en désuétude qu'on ne le trouve que dans de très-rares arsenaux, à tel point que M. Charrière, dont les connaissances sont si vastes et si complètes en ce qui regarde les instruments de chirurgie, en ignorait l'existence, lorsque je le lui demandai il y a peu de jours. On doit peut-être s'expliquer l'oubli où est tombé cet instrument par la facilité avec laquelle on réussit, dans la généralité des cas, à opérer la réduction lorsqu'on agit peu de temps après l'accident.

Enfin, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le succès obtenu par M. Bouisson, deux mois après l'accident, ce qui est, je crois, un fait unique dans la science, et dont je suis heureux de faire honneur à mon savant ami.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES, VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES, ENTÉRO-VAGINALES ET RECTO-VAGINALES; *par* M. JOBERT. — Paris, 1852; 1 volume in-8°.

Il n'y a pas deux ans que nous rendions compte, dans cette Revue, de l'ouvrage capital de M. Jobert sur la *chirurgie plastique*, et déjà les tentatives hardies et le plus souvent heureuses de l'infatigable chirurgien ont rendu nécessaire la publication d'un troisième volume; car son nouveau Traité n'est autre chose que le complément indispensable du premier. Ajoutons que tandis que, dans l'ouvrage primitif, l'auteur, pour être complet, avait dû faire des emprunts assez fréquents à ses contemporains, ici presque tout lui appartient; sur la plupart des points, il n'a été devancé par personne; et sur tous les autres, il apporte des faits et des procédés nouveaux, fruits d'une expérience toute spéciale et qui, sur ces affections difficiles, ne connaît point de rivale.

La première partie est consacrée aux fistules *vésico-utérines*. Il y a deux ans, toute leur histoire se bornait à deux observations, l'une de M. Stoltz, l'autre de M. Roguetta. Depuis lors, M. Jobert en a fait une étude spéciale; il en a régularisé le diagnostic; il a imaginé deux procédés opératoires déduits de sa méthode de glissement; et déjà un premier essai a entièrement réussi.

La deuxième partie, plus originale encore, traite des fistules *vésico-utéro-vagi-*

nales, non décrites jusqu'à présent, et cependant plus communes que les précédentes. Il en distingue deux espèces : les unes, profondes, dans lesquelles le col utérin est plus ou moins détruit, le vagin a perdu sa paroi antérieure, et offre, sur le reste, des brides, des cicatrices, des tissus nouveaux constituant une poche accidentelle où l'urine tombe d'abord pour être consécutivement rejetée au dehors. Les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles offrent bien encore une destruction complète du vagin sur le col de l'utérus, mais sans que la perte de substance se prolonge jusqu'au conduit utérin. Dans tous les cas, on ne peut plus alors demander à la vessie et au vagin les tissus nécessaires pour réparer la perte de substance; c'est l'utérus qui doit servir à la boucher. Encore est-ce là la moindre difficulté; la principale, c'est que le plus souvent l'utérus et le vagin ne sont plus susceptibles de s'abaisser, quelle que soit la traction que l'on exerce sur eux ; l'opération doit se faire sur place, et le chirurgien doit s'armer d'une patience à toute épreuve. Toutefois, déjà de nombreux exemples de succès ont montré que les difficultés étaient moindres qu'on ne les aurait imaginées; et nous sommes bien loin du temps où l'avivement d'une fistule vésico-vaginale ordinaire paraissait à peine praticable. Nous avons dit ailleurs comment, en abaissant l'utérus, M. Jobert avait ramené cette opération au rang quasi des plus faciles. Comment, cependant, l'utérus restant opiniâtrément en place, arriver à l'avivement de fistules situées bien au delà des fistules ordinaires? Quelques chirurgiens ont proposé de se donner du jour et de l'espace en divisant préalablement le périnée. M. Jobert rejette cette complication de l'opération; et il établit cette sorte d'aphorisme :

Une vive lumière, un spéculum univalve et des leviers permettent toujours au chirurgien de manœuvrer et de conduire à bien les opérations les plus délicates faites dans la région dont il s'agit.

Quelque doute qui puisse saisir les chirurgiens en lisant cette affirmation hardie, ceux qui ont vu opérer M. Jobert dans certains cas d'une difficulté inouïe, resteront convaincus du moins que, si peut-être l'incision périnéale ne doit pas être absolument rejetée, il sera du moins excessivement rare qu'elle devienne indispensable.

Vient ensuite l'histoire des fistules *recto-vaginales,* qui ont, comme les autres, reçu d'importantes améliorations de l'application de la méthode de glissement; et enfin, une observation, unique en son genre, d'une double fistule *recto-vaginale et vésico-vaginale,* attaquée et guérie par l'intrépide opérateur.

Nous ne saurions indiquer, dans un compte-rendu nécessairement trop rapide, les procédés variés, les précautions multipliées, les règles nouvelles du traitement consécutif qui ont servi à obtenir ces résultats. Des livres tels que celui-ci se méditent et ne s'analysent pas. Pour donner une idée de sa couleur pratique, nous dirons que l'auteur a fondé l'histoire de ces affections à peine connues sur une masse de quarante et une observations, toutes rapportées avec les détails nécessaires et dont la plupart lui appartiennent. Dans une préface qu'on lira avec intérêt, il rappelle les attaques qu'il a eues à subir, les accusations d'audace, de témérité même dont il a été l'objet, les objections avec lesquelles étaient accueillis ses résultats les plus incontestables; et il s'en console, dit-il, avec *l'amour du travail, ce don précieux de la Providence.* M. Jobert peut se vanter, en effet, de son amour du travail; nous avons vu et nous pourrions citer, dans notre chirurgie contemporaine, des hommes qui, malgré les occupations d'une nombreuse clientelle, n'ont cessé de travailler et de produire pour la science; M. Jobert sera compté parmi les plus laborieux. Quant à ce retour amer contre des obstacles surmontés, contre des résistances désormais vaincues, nous ne nous chargerions pas aussi bien de le justifier ; les découvertes de M. Jobert sont de celles que la chirurgie française revendique avec orgueil et qu'on ne saurait lui ravir.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 19 *juillet*. — *M. Andral* présente, au nom de *M. Monneret*, un *Mémoire sur les formes que prend la fibrine dans les inflammations*. Nous reviendrons sur cet important travail.

2 *août*. — *M. Chatin* communique la fin de ses *Recherches comparatives de l'iode dans les eaux qui alimentent Paris, Londres et Turin*.

9 *août*. — *M. Thénard* lit un rapport très-favorable sur un Mémoire de M. Lecanu intitulé : *Nouvelles études chimiques sur le sang*. — La commission encourage M. Lecanu à poursuivre ses recherches, et propose l'insertion de son Mémoire dans le Recueil des savants étrangers. — Adopté.

Académie de médecine. — 20 *juillet*. — *M. Huzard* lit un rapport sur un Mémoire de M. Leblanc, vétérinaire, intitulé : *Du fongus hématode ou sanguin observé chez le cheval, le bœuf et le chien*. — Remercîments et renvoi au comité de publication.

— *M. Quevenne* lit un travail intitulé : *Faits relatifs à la néphrite albumineuse*.

— *M. Maisonneuve* présente une jeune fille de dix-sept ans à qui il a pratiqué l'ablation de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur.

Il présente également un *nouvel irrigateur vaginal*, constitué par un siphon de caoutchouc qui porte l'eau dans le vagin, un tuyau de décharge qui la rejette au dehors, et une ampoule dilatable en caoutchouc vulcanisé qui la retient dans le vagin et l'empêche de s'écouler par la vulve.

— *M. Bégin* lit un *Rapport sur un cas relatif à la syphilisation*. — M. Ricord ayant présenté, dans la séance du 18 novembre, un jeune médecin allemand, M. L ...., qui, après de nombreuses inoculations du virus chancreux, avait une syphilis constitutionnelle; une commission fut chargée d'examiner le cas. Elle n'a plus revu M. L.....; M. le rapporteur n'a vu, en outre, que deux sujets syphilisés ou prétendus tels, c'est-à-dire qui disaient être parvenus à se rendre réfractaires à l'inoculation du virus. M. le rapporteur fait ressortir tout ce qu'une telle pratique offre de dangereux et de contraire à la morale, et conclut qu'à aucun titre de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut se justifier.

Comme le sujet disait s'être inoculé du pus d'un ulcère secondaire, M. le rapporteur examine aussi ce côté de l'observation, et ne lui trouve pas une valeur considérable.

M. Ricord donne des nouvelles de M. L.....; il continue à s'inoculer opiniâtrément; la syphilis constitutionnelle ne fait que s'accroître.

M. le président, sur la demande de M. Velpeau, annonce que la discussion sera scindée; elle portera d'abord sur la syphilisation; et, cette question vidée, sur l'inoculation des accidents secondaires.

27 *juillet*. — *M. Auzias-Turenne*, auteur de la syphilisation, écrit à l'Académie pour réclamer contre plusieurs assertions du rapport. Le point essentiel est que ce n'est pas lui qui a dirigé la syphilisation de M. L....., et que la responsabilité de la syphilisation mal faite revient toute entière à ceux qui s'en sont chargés.

M. Malgaigne s'associe pleinement à la réprobation dont le rapport a frappé la syphilisation préventive; mais il ne verrait nulle difficulté morale à appliquer la syphilisation curative, si elle était démontrée utile. Il se plaint que, dans le rapport, la question de moralité ait totalement éclipsé la question scientifique. Il y a

d'abord deux doctrines différentes : celle de M. Diday, qui inocule du sang de sujets atteints d'affections tertiaires, erreur innocente d'un esprit ingénieux; et celle de M. Auzias, qui inocule le pus du chancre même. A considérer la doctrine de M. Auzias dans les écrits destinés à la démontrer, il n'y a rien de moins démontré; les preuves apportées sont d'une insignifiance rare. Mais, au-dessous de la doctrine, qui n'est pas suffisamment mûrie, il y a des faits allégués, des expériences que l'on offre de répéter, des malades en traitement que l'on offre de faire voir. Cela est d'autant plus sérieux, que la question est portée aussi devant l'Institut, que M. le préfet de police a nommé une commission de vérification. M. Malgaigne demande donc que les faits soient vérifiés; que les partisans de la syphilisation sachent bien qu'on exigera d'eux des preuves suffisantes et vraiment scientifiques; mais que les faits annoncés sont trop considérables pour être rejetés sans examen.

M. Bégin répond que la commission, n'ayant point été chargée de formuler un jugement sur la syphilisation, s'est bornée à dire son opinion sans proposer de conclusion au vote de l'Académie. C'est à l'Académie à apprécier.

M. Velpeau croit que la question ne vaut pas la peine d'être examinée, et qu'il eût été plus sage de ne pas s'en occuper.

M. Depaul, tout en repoussant la syphilisation préventive, aurait voulu que le rapport, eu égard à la syphilisation curative, eût tenu compte des nombreux travaux publiés par MM. Spérino (de Turin), Galligo (de Florence), Nottini, Zélaschi, etc. M. Ricord lui-même a tenté de nombreuses inoculations; il a fait aussi sur un syphilisé, M. Laval, des épreuves d'inoculation qui ont complétement échoué; pourquoi n'en avoir rien dit?

3 *Août.* — *M. Ricord* déclare qu'il laissera de côté les attaques trop personnelles du dernier orateur pour répondre à MM. Velpeau et Malgaigne. Il trace à grands traits l'histoire de la syphilisation; d'abord l'inoculation de la syphilis aux singes, les déboires que l'inventeur eut à subir avec quelques-uns de ces animaux d'une moralité suspecte, enfin ses succès mêlés de revers. Il nie que les chancres ainsi obtenus aient été suivis chez les animaux de vérole constitutionnelle; en sorte qu'ils auraient bien pu ne faire autre chose que de conserver le pus chancreux de l'homme, comme dans une sorte de transplantation. Puis abordant la syphilisation chez l'homme, il met en regard les contradictions de la doctrine; réduit à néant les faits de M. Spérino, de M. Marchal de Calvi; nie que ses inoculations sur M. Laval aient échoué; se plaint que M. Malgaigne, si grand ami des faits, n'apporte pas de faits; cite plusieurs cas de sujets soumis à la syphilisation, qui lui sont revenus avec la vérole constitutionnelle; et après avoir conclu qu'elle doit être absolument rejetée, termine en exprimant le vœu *que cette journée soit une autre Saltzbach* (c'est à Saltzbach que fut tué Turenne). — Ce discours, prononcé avec une verve et un éclat extraordinaires, a été souvent interrompu par des marques d'approbation, et suivi d'une salve d'applaudissements.

10 *août.* — *M. Gibert* relève le reproche adressé au rapport par M. Malgaigne, d'avoir éludé la question scientifique. Eh bien, M. Malgaigne l'a traitée, et l'on a vu que la doctrine de la syphilisation n'avait aucune base. Dès lors tout est jugé. La commission a sagement fait de ne proposer aucune conclusion à la sanction de l'Académie; M. Gibert proposera, lui, de voter des remercîments à la commission.

M. Larrey aurait voulu, comme M. Velpeau, que la question fut laissée à l'écart, comme indigne d'occuper l'Académie, comme jugée à l'avance par le bon sens et la raison médicale. Déjà la société de chirurgie tout entière l'avait rejetée par acclamation. L'autorité supérieure, protectrice du soldat, a interrompu les essais de M. Marchal au Val-de-Grâce et elle a rempli son devoir. Au total, à l'état de

théorie, la syphilisation est une mauvaise pensée, comme à l'état pratique elle est ou serait une mauvaise action.— Ce discours est accueilli sur les bancs de l'Académie par de chaleureux applaudissements.

M. Lagneau déclare qu'il a été plusieurs fois à même d'observer des individus de l'un et de l'autre sexe, qui, plus ou moins profondément syphilisés par des infections successives, avec un traitement nul ou insuffisant, pouvaient s'exposer impunément à la contagion. Mais ce sont des exceptions très-rares ; il ne croit pas qu'on arrive toujours à obtenir cette immunité ; et encore rien n'assure qu'elle serait perpétuelle. Il rappelle des malheurs déjà arrivés par suite d'inoculations accidentelles ou artificielles, et espère que l'Académie frappera cette pratique de sa réprobation la plus formelle.

M. Bégin, rapporteur, demande la parole, bien qu'il reste encore des orateurs inscrits; mais un ordre de départ pourrait inopinément l'enlever aux débats. Il constate d'abord la réprobation générale qui s'élève contre la syphilisation préventive; l'auteur lui-même la rejette, dit-on ; mais il n'en a pas le droit. La vérité est une et ne transige pas; et la question reste donc tout entière. Abordant dès-lors la question au point de vue scientifique, puisqu'on a accusé le rapport de l'avoir négligé, le rapporteur cherche à démontrer que la syphilisation ne s'appuie : 1° ni sur le raisonnement direct ou les analogies ; 2° ni sur les expériences sur les animaux ; 3° ni sur l'observation clinique. On cite bien dans les journaux quelques cas heureux, mais sans détails; ce sont des assertions vagues ; tandis que nous avons M. L. qui montre tout le néant de la syphilisation préventive ; un autre sujet, M. P., vu par M. Bégin, est dans un état encore pire; pour la syphilisation curative, les faits de M. Spérino ne prouvent rien, celui de M. Zélaschi prouve trop ; et M. Diday a publié pareillement un cas des plus malheureux. Il termine en proposant à l'Académie *de déclarer par son vote qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis.*

Ce discours est suivi de nombreuses marques de satisfaction; de tous côtés on demande à aller aux voix.

M. Malgaigne parle contre la clôture. Il fait observer qu'on vient d'entendre cinq orateurs de la même opinion; il faut au moins laisser répondre. Il déclare que dans son esprit la lumière commence à se faire, et qu'il aura à mettre en lumière des faits qu'on s'est attaché à laisser dans l'ombre.

La clôture mise aux voix est rejetée à une grande majorité. Des applaudissements éclatent dans l'auditoire et sont aussitôt réprimés par M. le président.

M. Depaul expose d'abord qu'il n'a voulu exercer aucune hostilité personnelle contre M. Ricord, mais lui adresser purement des objections scientifiques. Il établit que, malgré les objections de M. Ricord, on a réussi à donner des chancres aux singes, et même des chancres indurés; plusieurs faits de M. Auzias, un de M. Langlebert, d'autres observés à Vienne, tendent à prouver que plusieurs animaux ont même été atteints postérieurement de vérole constitutionnelle. Il prétend que la réponse de M. Ricord au sujet des expériences sur M. Laval est tout à fait insuffisante ; il réfute un fait allégué par M. Ricord, d'un étudiant, M. J., mort à la suite d'inoculations répétées, lequel malade, selon le témoignage écrit de deux de ses amis, aurait succombé à un érysipèle tout à fait indépendant des inoculations. Il lit une autre lettre de M. P. cité aussi par M. Ricord, qui donne raison contre M. Ricord à M. Auzias. Il fait remarquer que le malade de M. Zélaschi était arrivé à l'immunité. Enfin, contre les dangers attribués aux inoculations, il lit plusieurs passages d'une publication de M. Ricord où celui-ci s'attachait au contraire à atténuer ces dangers.

17 *août*. — *M. Piédagnel* adresse une lettre au sujet de M. J., ce malheureux jeune homme mort à la suite de nombreuses inoculations, et maintient que l'érysipèle a été déterminé par les pustules.

M. Spérino écrit de Turin, pour réfuter comme inexactes quelques assertions qu le concernent dans le discours de M. Ricord.

MM. Fayel, Roguet et Dupeuset, élèves de M. Ricord, adressent des détails sur les inoculations faites à M. Laval, conformes à ce qu'en avait dit M. Ricord.

M. Malgaigne a la parole. Il commence par repousser les objections faites par M. Larrey au nom du bon sens et de la raison médicale ; proteste ensuite de son vif désir ne pas blesser, dans la discussion qui va suivre, des hommes qui sont ou ses amis ou ses maîtres ; et entre enfin dans la question scientifique. — Nous donnons la fin de ce discours aux *Variétés*.

M. Ricord répond d'abord à M. Depaul, discute et rejette les faits de syphilis constitutionnelle observés sur les animaux, lit une lettre de M. Langlebert qui renie le fait qu'on lui attribue ; lit une autre lettre de M. Lindeman, d'où il résulterait que M. Laval, réfractaire l'an dernier, ne le serait plus aujourd'hui ; une autre lettre relative à l'érysipèle de M. J. ; une autre lettre de M. Diday, annonçant un insuccès flagrant de la syphilisation curative dans un cas de chancre phagédénique. A raison de l'heure avancée, il se borne à quelques mots de réponse au discours de M. Malgaigne.—Ces deux discours ont été également accueillis par des applaudissements de l'auditoire.

21 *août*.—*M. Michel Lévy* reprend tous les arguments moraux et généraux déjà mis en avant contre la syphilisation ; soutient qu'aucun des faits dont elle se vante n'a été démontré ; et, adoptant la conclusion proposée par M. Bégin, demande, en outre, que toute la discussion soit communiquée au ministre de l'intérieur.

M. Gerdy pense que l'Académie a perdu son temps, et s'attache, pendant trois quarts d'heure, à prouver, par de nombreux exemples, que, quand une découverte a été démontrée pour tout le monde, elle n'est plus rejetée par personne.

M. Malgaigne, en réponse au discours de M. Lévy, annonce que l'état réfractaire de M. Laval a été constaté expérimentalement par M. Vidal de Cassis et M. Gosselin, et rappelant qu'il a offert de soumettre à la commission un sujet réfractaire, ajoute qu'aujourd'hui il est en mesure d'en montrer deux.

M. Bégin résume le débat, regarde l'immunité contre l'inoculation comme suffisamment prouvée par les expériences de la commission de Turin, mais n'attache pas à ce fait une grande importance ; il persiste donc dans la conclusion qu'il a proposée d'abord en son propre nom, mais qui depuis a été adoptée par la commission.

La discussion est fermée. La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée. Le renvoi au ministre, proposé par M. Lévy, est également adopté.

VARIÉTÉS.

La syphilisation à l'Académie de médecine.

Nous avons retardé volontairement la publication de ce numéro pour donner à nos lecteurs le résumé complet de la discussion ouverte à l'Académie de médecine sur la syphilisation. La *Revue médico-chirurgicale* s'est arrêtée rarement sur ce sujet. En 1850 seulement (t. VIII, p. 154) nous avons constaté la transmission du pus chancreux de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme ; puis nous avons brièvement reproduit (*ibid*, p. 378) la première communication de M. Auzias à l'Institut sur la syphilisation des singes ; puis enfin, nous avons rendu compte

(t. X, p. 162) des succès annoncés par M. Spérino, en indiquant combien ils nous paraissaient avoir besoin de confirmation. Le public médical ne s'en préoccupait pas davantage, quand un rapport de M. Bégin est venu éveiller l'attention et susciter à l'Académie de médecine une discussion qui n'a pas duré moins de cinq séances. La passion n'a pas tardé à s'en mêler ; un auditoire jeune et avide de savoir encombrait la salle trop étroite de l'Académie, oscillant d'un côté à l'autre, et manifestant ses impressions par des applaudissements que le président a eu quelquefois à réprimer. Au dehors la lutte n'était pas moins forte ; deux journaux rédigés par des hommes de cœur et de talent, l'*Union médicale* et la *Gazette des Hôpitaux*, attaquaient la syphilisation avec une vigueur et une fougue d'indignation qui allait quelquefois jusqu'à la colère ; elle était soutenue d'autre part dans la *Gazette médicale*, avec une modération qui n'excluait pas la force, par M. Dechambre, esprit fin et distingué, un peu embarrassé seulement de marcher pour une fois à côté du directeur de la *Revue médico-chirurgicale*.

La question, à notre avis, avait été mal engagée ; le rapport avait été fait sur une observation unique, incomplète, qui ne regardait même pas l'auteur de la syphilisation ; et celui-ci se trouvait inopinément mis en cause et condamné, sans avoir été entendu, sans avoir pu montrer ses observations, ses expériences, ni répondre à de graves reproches qui lui étaient adressés. Le débat n'a donc pas été et ne pouvait pas être mené à fond ; il se passait entre les adversaires de la syphilisation et deux orateurs qui, fort peu disposés à l'accepter toute entière, ni dans ses doctrines ni dans les résultats par elle allégués, demandaient seulement qu'on n'enveloppât point dans une condamnation universelle des faits d'une haute importance, dont quelques-uns peuvent déjà passer pour démontrés, dont d'autres, moins solidement établis, ne sauraient cependant être rejetés *à priori* sans avoir passé au contrôle d'un examen sérieux. L'insistance mal justifiée des adversaires à refuser tout examen, à rejeter même des faits avérés, leur intention clairement manifestée d'étouffer d'un seul coup la doctrine et toutes ses conséquences, ne leur ont pas porté bonheur ; et nous croyons que M. Auzias a plutôt gagné que perdu dans cette discussion, où il n'a pu pourtant se défendre lui-même.

Nous donnons ici toute la partie du dernier discours de M. Malgaigne consacrée à discuter les faits sur lesquels était basé le rapport de la commission, et ceux qui se sont produits dans le débat ; même après la décision d'ailleurs prévue de l'Acamie, nous n'y trouvons rien à ajouter ni à retrancher.

« Pour critiquer, a dit l'orateur, la partie scientifique de ce rapport qu'on veut faire adopter à l'Académie, j'ai besoin de prendre un détour, et je prie l'Académie de me permettre une hypothèse.

« Au préalable, je ne pense pas faire grand tort à M. Ricord, en présumant qu'il n'a pas fait une étude bien approfondie des cent dix-huit lois de la syphilisation. (M. Ricord fait un geste d'assentiment.) D'une autre part, on peut encore soupçonner que M. Bégin ne les connaît pas d'une manière particulière, d'autant plus que dans son rapport il en a tout juste oublié soixante. Ceci posé, voici mon hypothèse :

« Mon excellent collègue et ami M. Soubeiran a inventé le chloroforme. Il y en a, comme chacun sait, du bon et du mauvais. Je suppose donc que M. Ricord apporte un flacon à l'Académie et qu'il dise : M. Soubeiran vante partout la suavité d'odeur du chloroforme : mettez le nez sur ce flacon, et vous verrez qu'il est détestable. M. Soubeiran se récrie et dit : Votre chloroforme est mauvais, mais assurément il ne vient pas de moi. — C'est vrai, répond M. Ricord ; mais il est d'un autre. — En ce cas, reprend M. Soubeiran, cet autre, j'en réponds, n'a pas

suivi mon procédé. — C'est encore vrai, dit M. Ricord, et même il a déclaré qu'il ne voulait pas le suivre.

« Là-dessus l'Académie nomme une commission. M. Soubeiran, un peu inquiet des suites, fait parvenir à la commission deux flacons de chloroforme bien pur. Que fait la commission? Elle déclare d'abord que, quoique le procédé de M. Soubeiran n'ait pas été suivi, il l'a été suffisamment pour qu'il en demeure responsable; quant aux deux flacons de chloroforme pur *ou prétendu tel*, sans se donner la peine de les flairer, comme après tout l'emploi du chloroforme pourrait avoir des inconvénients, elle englobe le tout dans une condamnation générale.

« Messieurs, ceci est l'histoire du malade à l'occasion duquel on vous a fait un rapport. M. Ricord présente à l'Académie M. L...., atteint de vérole constitutionnelle à la suite de nombreuses inoculations. M. Auzias se récrie et dit : Je n'y suis pour rien; je n'en ai fait qu'une, après quoi le sujet m'a échappé. Le malade confesse, en effet, qu'il s'est inoculé lui-même. M. Auzias ajoute : non-seulement je n'ai point fait ces inoculations, mais elles ont été faites contre toutes mes règles. Le malade, interrogé, déclare que c'est la vérité. La commission examine la chose, et, qui le croirait? elle affirme au malade qu'il se trompe, et qu'à son insu *il a procédé conformément aux préceptes*. Mais elle avait pu voir en même temps deux autres syphilisés. Quant à ces deux autres syphilisés, *ou prétendus tels*, c'est la commission qui s'exprime de la sorte, elle ne s'amuse pas à vérifier le fait; mais, comme la chose est susceptible d'inconvénient, elle conclut : A bas le chloroforme! Je me trompe : A bas la syphilisation!

« Eh bien! Messieurs, il y a un sentiment du juste chez tout le monde. Nous avons tous ou des procédés, ou des doctrines, ou des formules; que chacun se mette la main sur la conscience : que dirait-il si l'on procédait à sa condamnation de cette manière? Je ne veux pas demander a M. Soubeiran ce qu'il eût dit, si par impossible mon hypothèse se fût réalisée; mais, pour moi, si l'on se comportait ainsi à mon égard, je dirais... Je m'arrête, Messieurs; une expression trop faible trahirait ma pensée, une expression trop forte pourrait déplaire; je préfère laisser chacun suppléer à mon silence.

« Voilà cependant toute la partie positive du rapport : trois faits, deux favorables et un défavorable. Les deux faits favorables, on les dédaigne; le fait défavorable, une critique un peu sérieuse l'eût fait rejeter; loin de là, on l'adopte, et l'on en fait la base d'un jugement définitif!

« C'est que, Messieurs, dans cette idée préconçue que la syphilisation est une chose honteuse, immorale, repoussante (ce que je n'admets que pour la syphilisation préventive), on est presque invinciblement porté à lui trouver des dangers, à lui attribuer des victimes. M. Ricord, qui a apporté quelques faits nouveaux, n'a pas échappé à cette tendance : autant d'observations, autant de victimes. Mon Dieu! je ne puis pas assurer que la syphilisation n'ait rien à se reprocher en ce genre; je n'en sais rien; je serais même assez disposé à soupçonner le contraire; mais il est bien surprenant que M. Ricord soit si mal tombé, et que ce grand étalage de victimes se réduise à si peu de chose.

« Le premier fait allégué a trait à un officier traité par M. Marchal (de Calvi). C'était un vieux vérolé qui avait passé à diverses reprises par l'iodure de potassium et par le mercure; il entre enfin au Val-de-Grâce avec un tubercule de la langue, ulcéré à y mettre le bout du doigt. On l'inocule; *quatre à cinq jours après*, dit M. Ricord lui-même, *l'ulcère de la langue est modifié; la langue, qui était très-gonflée et douloureuse, a repris son volume*. Cela n'est pas déjà si fâcheux, ce me semble. Puis, au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri; mais environ trois mois et demi après, il se présente à la consultation de M. Ricord avec d'autres accidents.

« M. Ricord triomphe de cette rechute. A merveille; mais du moins la syphilisation n'en est pas cause, d'autant que M. Marchal dit que le traitement est resté interrompu. L'aurait-il guéri radicalement? Je n'en sais rien, et j'en doute; mais ce dont je ne doute pas, c'est que, avec et pendant les inoculations, le malade a guéri d'un tubercule ulcéré de la langue. Ceci, dit M. Ricord, est une coïncidence, et l'on sait que les accidents analogues se guérissent sans traitement. Soit encore; je suis facile, j'admets la coïncidence; mais enfin la syphilisation n'a pas été nuisible à ce malade, puisque, coïncidence ou non, il a guéri. Et, Messieurs, on a oublié un petit détail qui n'était pas sans importance. En combien de temps ce tubercule s'est-il cicatrisé? M. Marchal nous l'a appris depuis; *en huit jours*. Cela valait la peine d'être dit. Et si un fait unique justifiait mal l'enthousiasme de M. Marchal pour sa méthode, il faut convenir que, s'il avait rencontré par hasard dix-huit faits aussi frappants que celui-là, dix-huit coïncidences aussi heureuses, il eût été excusable de ne plus croire aux coïncidences. Je reviendrai plus tard sur ce point; dans tous les cas, je puis rayer, ce me semble, notre officier du nombre des victimes.

« Le deuxième fait de M. Ricord est relatif à mademoiselle X... Cette intéressante jeune personne avait attrapé, en 1851, une superbe vérole constitutionnelle. Après sept mois environ, on lui fait des inoculations; elle ne guérit point, et aujourd'hui c'est M. Ricord qui la traite. Elle a ce qu'elle avait auparavant, des accidents secondaires. Celle-là, à ce qu'il paraît, n'a rien gagné; mais, en revanche, elle n'a pas perdu grand'chose. On ne peut pas l'appeler une victime.

« Troisième fait; celui-ci est très-bref. M. J..., l'amant de la jeune personne en question, ayant la vérole, se fait inoculer, et parcourt une série de 150 inoculations *que la mort termina,* dit l'orateur, *il y a quelques jours seulement.* Cela est bien concis, Messieurs, dans la bouche de M. Ricord; et l'imagination alarmée se figure les accidents vénériens les plus graves conduisant l'infortuné jeune homme au tombeau. Je ne veux pas entrer dans la discussion de ce fait, dont nous avons déjà trois versions différentes; je prends la plus défavorable à la syphilisation. Les piqûres d'inoculation auraient engendré, quoi? un érysipèle! Rassurons-nous donc; une piqûre de saignée en aurait pu faire tout autant, et plût au ciel que les inoculations syphilitiques n'engendrassent jamais pis que des érysipèles!

« M. Ricord dit ensuite un mot, en passant, du fait de M. Zelaschi, fait *déplorable, et qu'il n'aurait pas le courage de vous raconter.* Mais, Messieurs, il ne faut pas tant de courage pour cela, et le fait, à tout prendre, n'est pas si déplorable.

« Un homme se présente à M. Zelaschi avec un chancre rongeant de trente-cinq jours de date, que la cautérisation avait exaspéré. Pendant dix-huit jours, M. Zelaschi fait 19 inoculations; le chancre marche toujours. Le praticien, effrayé, s'arrête; et pendant quarante jours, notez ceci, il essaye d'arrêter son chancre par un traitement plus rationnel. Rien n'y fait, le chancre continue sa marche; il s'y joint une syphilide et des douleurs ostéocopes. M. Sperino est appelé. M. Sperino, plus expert en syphilisation, veut que l'on recommence. Maintenant, Messieurs, écoutez; la chose en vaut la peine. En huit jours, 43 inoculations. Le douzième jour de ce traitement nouveau, la syphilide s'arrête, les douleurs diminuent. Le dix-septième jour, plus de douleurs; le chancre commence à se cicatriser. Bref, en moins de deux mois la guérison est complète.

« Eh bien! l'observation est-elle si déplorable? D'abord, le malade a guéri; c'est un grand point. Puis il a guéri sous l'influence de l'inoculation; dites encore que c'est une coïncidence; du moins confesserez-vous qu'elle n'a pas nui à la guérison. Et au total, c'est encore une victime qui vous échappe.

« Enfin, je trouve dans le discours de M. Ricord une mention fort rapide d'un

dernier sujet, M. P.... Mais M. Bégin a complété depuis cette petite histoire ; il a vu, lui, M. P.... *atteint après quatre mois et demi d'inoculations de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L....*

« Vous avez lu, Messieurs, les lettres échangées au sujet de M. P.... Tout ce que j'en veux extraire, c'est que, si ce sujet a eu la vérole, c'est qu'il a voulu l'avoir, comme il le déclare lui-même; et, chose assez singulière, il prend parti contre M. Ricord pour M. Auzias ! Quant à son déplorable état, je suis en mesure de rassurer l'Académie. M. P.... sort de chez moi il n'y a pas une heure, et il se porte à merveille. Et comment s'est-il guéri ? Je lui laisse la responsabilité de son dire : *par la syphilisation.*

« Mais puisque tout à propos on l'a comparé à M. L..., permettez-moi, Messieurs, de faire jour à une réflexion qui m'obsède. On vous a présenté M. L... un jour dans un état déplorable, soit, moins déplorable cependant que celui de M. P.... —M. P.... est guéri ; qu'est devenu M. L... ? Il ne reparaît plus ; la commission ne l'a plus revu; elle ne l'a vu qu'un jour, et a laissé son observation en suspens. Or, tandis qu'il se dérobe à la commission, M. L... est parfaitement visible à l'un des membres de la commission, qui, après la lecture du rapport, est venu nous en donner des nouvelles. Tout ce que j'ai vu depuis quelques jours, me ferait vivement désirer de voir ce M. L... ; c'est bien le moins, pour le bruit qu'on fait de son observation, qu'on veuille bien nous la donner complète.

« Après M. Ricord, M. Bégin a cherché aussi à rassembler quelques faits, ça et là, d'après les journaux ; il mentionne un exemple de succès de M. Auzias ; un grand nombre d'individus présentés par M. Auzias dans ses conférences publiques ; l'un d'eux attestant à l'Institut l'exactitude du fait qui le concerne ; et enfin cet *on dit* qu'il y a maintenant à Paris, parmi les classes distinguées de la société, des individus qui déclarent avoir fait avec profit l'expérience de la syphilisation. Tout cela, dit-il avec raison, est bien vague, tout repose sur des assertions. J'en tombe d'accord avec lui, et je pensais qu'il aurait conclu à la vérification de ces assertions merveilleuses. Pas du tout, il conclut que rien de tout cela ne mérite attention. A mon sens, Messieurs, cette conclusion déborde encore les prémisses.

« Mais était-il donc si difficile de vérifier, si on l'avait sincèrement voulu? Pour moi, Messieurs, je n'ai eu qu'à dire un mot ; j'ai vu tout ce que je voulais voir, tout ce que le temps me permettait de voir ; j'ai trouvé M. Auzias empressé à fournir ses preuves.

« On disait, avec juste raison, que le fait de M. Marchal (de Calvi) étant seul, ne prouvait rien. N'était-on pas averti que M. Marchal avait dix-huit faits du même genre ? Dix-huit faits dont il a bien voulu me mettre le résumé sous les yeux ; et j'ose dire que s'ils ne suffisent pas pour entraîner la conviction, il suffisent pour frapper, comme ils m'ont frappé, tout homme sérieux et de bonne foi. J'ai vu ensuite plusieurs malades de M. Auzias ; j'en ai vu un inutilement traité par M. Thiry, de Bruxelles, guéri par la syphilisation. Je n'ai pas pu voir, faute de temps, un autre traité plus de trois mois par M. Ricord lui-même, guéri par la syphilisation. J'ai vu un gentilhomme breton, dont je parlais dans une autre séance, porteur d'une vérole de vingt ans, ayant passé par les mains de vingt médecins, n'ayant trouvé, dit-il, de soulagement que dans la syphilisation ; il doit être présenté demain à la commission de la préfecture de police, que préside notre honorable président ; et c'est parce que cela pourra être vérifié demain que je répète ce qu'il me disait, il n'y a pas une heure : « J'aurais donné un doigt de ma main pour obtenir seulement « dix jours du bien-être dont je jouis depuis que je suis soumis aux inoculations ! »

« Vous ne croirez pas, Messieurs, que je donne tout cela comme des faits complets,

assurés, dignes d'une foi absolue; l'enthousiasme enfle les récits des malades. Je n'ai vu d'ailleurs qu'un petit nombre de cas, tous heureux, et il faudrait voir les revers. Enfin, pour juger en dernier ressort une question de thérapeutique, il est essentiel de suivre les malades du jour où a débuté le traitement jusqu'à la fin. Que veux-je donc conclure de cet ordre de faits? Rien que ceci : c'est que de tels résultats sont trop importants pour être rejetés trop légèrement; c'est qu'ils demandent impérieusement à être vérifiés avant d'être jugés.

« Mais il y a un autre ordre de faits sur lesquels je serai plus affirmatif, pour lesquels ma conviction est pleine et entière. C'est ce fait si considérable sur lequel je voulais être édifié dans mon premier discours, et sur lequel M. Bégin et M. Ricord ont glissé si légèrement, que l'Académie a fort bien pu en perdre la trace; ce fait de l'immunité acquise contre l'inoculation du chancre; ce fait qui me paraît à lui seul toute une révolution dans l'histoire de la syphilis. J'aurais voulu que la commission le mît en lumière; et puisqu'elle ne l'a pas voulu, de même que j'ai dû faire d'abord l'histoire des doctrines, je vais essayer de tracer l'histoire des faits. Je ne crains pas de dire que l'Académie ne la trouvera pas indigne de son attention.

« Il y a de cela vingt ans, les doctrines de la syphilis ne présentaient plus en France qu'un effroyable chaos. On en était venu à nier la syphilis même; et le virus était rejeté comme une hypothèse d'un autre âge. Un homme se leva alors, un homme que nous sommes fiers aujourd'hui de compter dans nos rangs; réunissant à l'observation patiente et souvent douteuse le levier bien autrement puissant de l'expérimentation, il reconstitua la syphilis tout entière, il lui rendit sa généalogie, accidents primitifs, secondaires, tertiaires, ayant tous pour père ou pour aïeul un auteur unique et commun, le chancre ; ses manifestations furent réglées, soumises à une étroite discipline, et le traitement, régularisé à son tour, fut appliqué désormais avec une puissance et une sécurité inouïes. La doctrine n'est pas sortie en un jour de ce fécond cerveau; mais lentement, par accroissements, par progrès successifs; mais finalement, après ces vingt années, elle se présente à nous comme la plus complète qui ait jamais été produite, assise sur des bases si profondes que naguère encore elle pouvait passer pour inébranlable. J'en puis parler ainsi, Messieurs, car je ne suis pas disciple de M. Ricord ; mais élevé dans d'autres opinions, j'ai été attiré, circonvenu, enveloppé par les siennes ; je suis un converti, un prosélyte, encore un peu indépendant, toutefois, comme vous avez pu vous en apercevoir. Ce n'est pas qu'il ne me reste quelques doutes, ce n'est pas que certains points ne me paraissent manquer d'une démonstration écrite suffisante; mais je tiens compte du talent de l'auteur et des incessantes démonstrations poursuivies depuis vingt ans à cette clinique retentissante où l'on vient écouter la parole du maître de tous les coins du monde civilisé. J'étais aussi frappé de ceci; bien des fois j'ai vu la doctrine de M. Ricord vigoureusement attaquée; bien des fois ces attaques ont renouvelé mes doutes; jamais je ne l'avais vu vaincu, forcé de battre en retraite, bien moins encore de capituler.

« Ce jour est enfin venu, Messieurs. Un des points de la doctrine de M. Ricord, c'est que la syphilis appartient à l'homme tout entière, qu'on ne pouvait la faire passer aux animaux. Je ne reviendrai point sur les premières expériences de M. Auzias ; on lui nia longtemps ses résultats; moi-même je m'accuse d'avoir eu ma part de cette injustice. Je me disais, d'ailleurs : quand on donnerait des chancres aux singes, à quoi cela mènerait-il? Préoccupation fâcheuse, Messieurs ; un fait est un fait, dût-il demeurer à jamais inutile; mais, le plus souvent, cette inutilité apparente ne provient que de l'ignorance où nous sommes de ses rapports. Pour moi, je l'ai déjà dit, le fait est désormais inattaquable. En écoutant le discours de M. Ricord, je n'ai pu trop démêler s'il l'admet ou s'il le rejette. (M. Ricord :

Je l'admets.) Je suis donc très-heureux de me trouver une fois de plus en accord avec lui; mais s'il l'admet, n'aurait-il pu s'épargner ces agressions sarcastiques à l'aide desquelles il semblait lutter contre sa conviction actuelle, et éviter surtout de reproduire encore cette étrange théorie de la transplantation, qui ne le cède assurément, pour l'excentricité, à aucune des théories des syphilisateurs?

« Ce fait, si puéril en apparence, était une première brèche à l'édifice de M. Ricord. Pour la première fois, il était vaincu; et, notez-le bien, c'est qu'il se trouvait attaqué cette fois avec les mêmes armes qui lui avaient servi tant de fois à vaincre, avec l'expérimentation. Mais bientôt le fait développe des conséquences inattendues. Ces animaux, rendus à si grand'peine dociles aux inoculations, tout à coup y deviennent plus rebelles; puis, malgré toutes les précautions, les voilà redevenus réfractaires. Quoi donc! la même chose arriverait-elle chez l'homme? On essaye, on réussit; de là l'idée de la syphilisation.

« M. Bégin, Messieurs, a essayé de démontrer que cette idée ne pouvait s'étayer ni du raisonnement ni de l'analogie. En quoi j'estime qu'il a commis une immense erreur. Tous les faits nouveaux, toutes les belles découvertes de M. Ricord y tendaient. C'était, d'abord, cette distinction capitale du chancre simple, qui ne donne pas la vérole, et du chancre induré, qui la donne fatalement, et qui serait ainsi le seul et véritable chancre syphilitique. C'était cet autre point de doctrine, qu'un bubon sécrétant du pus spécifique, garantit celui qui le porte de la vérole constitutionnelle. C'était encore cette troisième loi, qu'on n'a la vérole constitutionnelle qu'une seule fois; d'où, par une présomption assez légitime, M. Ricord penchait à conclure que les enfants d'un homme ainsi devenu réfractaire, pouvaient bien participer à cette immunité. Comment, quand la nature montrait elle-même tant de moyens d'échapper à la terrible maladie, ne pas espérer que l'art parviendrait à l'imiter un jour? Ainsi, Messieurs, l'idée de la syphilisation venait bien de cette école; M. Ricord l'a reconnu lui-même; bien longtemps avant M. Auzias, il prophétisait la découverte d'un vaccin syphilitique; et plus tard, frappé des indices d'une révolution prochaine, il n'hésitait pas à en réclamer *la première part*. Plus tard encore, il a été vivement admonesté sur ce point par notre excellent ami, M. Am. Latour, et aujourd'hui il semble disposé à faire amende honorable. Mais ce qui est, est; qu'il le prenne à éloge ou à blâme, il est certain que l'idée de la syphilisation découlait directement des enseignements de M. Ricord.

« Et d'une autre part, voyez! M. Ricord n'avait observé que l'immunité contre la syphilis constitutionnelle; M. de Castelnau, précédé, dit-on, par Parent-Duchâtelet, arrive à signaler des cas étranges d'immunité contre le chancre lui-même. Combien de signes précurseurs!

« Or, cette immunité, peut-on artificiellement la produire? La réponse, désormais, ne peut plus être négative; et je ne saurais trop m'étonner que les orateurs de la commission aient laissé dans l'ombre un fait aussi capital. Vous vous rappelez l'observation du malade de M. Marchal de Calvi; il a présenté cet état réfractaire. Comme M. Ricord passe rapidement sur ce point! Le malade de M. Zelaschi, si souvent cité, avait acquis la même immunité; ni M. Ricord, ni M. Bégin ne l'ont remarqué; il a fallu que le fait leur fût signalé par M. de Castelnau, qui, cependant, ne passera jamais pour favorable à la syphilisation. Et le fait de M. Laval? J'y viens dans un instant, Messieurs; mais j'ai besoin de répondre à une objection préalable.

« Quand le fait serait bien démontré, qu'a-t-il donc, après tout, de si important? Ceux qui feraient cette question ne seraient pas bien au courant de la situation actuelle des doctrines sur la syphilis. J'ai signalé brièvement quelques-unes des doctrines les plus importantes de M. Ricord; pour la plupart, Messieurs, elles

touchent de près ou de loin à une base commune, c'est l'inoculation limitée au pus du chancre, mais aussi forcée pour le pus du chancre. Ici, point de circonlocutions, point d'ambages ; *le pus du chancre*, dit M. Ricord, *est fatalement inoculable ;* la variole et le vaccin trouvent des réfractaires, le pus du chancre n'en connaît point ; et c'est ce qu'il exprimait admirablement par cette sorte d'aphorisme, d'une concision si nerveuse et si pittoresque : *Tous les hommes sont égaux devant le chancre.* C'était, comme vous le voyez, une sorte de constitution politique qu'il imposait à la syphilis, c'était sa charte constitutionnelle.

« Or, voilà qu'un jour, il est réveillé en sursaut par un fait révolutionnaire, qui rompt tout à coup l'égalité promise, qui déchire sa Charte, qui soumet ses sujets à d'autres lois. Je comprends bien alors, Messieurs, que le législateur ait fait résistance ; je comprends toutes ses ardeurs belliqueuses ; je comprends qu'il ait voulu avoir sa bataille de Saltzbach, avec le désir clairement exprimé d'enterrer son adversaire, et qu'à cette tribune même il ait tenté, selon ses propres expressions, une *nouvelle campagne d'Italie.* Cette résistance n'avait pas d'ailleurs attendu la discussion actuelle pour se produire. Aux premières annonces de l'immunité menaçante, il protesta ; et l'amphithéâtre de l'hôpital du Midi retentit de ses défis et de ses appels. Du reste, digne et loyal, c'était à la vérification qu'il provoquait ses adversaires. « *J'attends surtout,* s'écriait-il, *qu'on me présente un individu syphilisé et réfractaire, qui vienne, devant les cliniciens de l'hôpital du Midi, ou devant l'Académie nationale de médecine,* ME DÉFIER EN CHAMP CLOS, AVEC DES ARMES DE MON CHOIX ! »

« Cet appel fut lancé par l'UNION MÉDICALE le 12 août. Ici les dates sont précieuses. Le 22, M. Auzias accepte. Le 23 septembre, M. Ricord déclare qu'il attend ; le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE s'écrie : *Des faits! des faits! plus de théories!*

« Et puis, Messieurs? et puis, le 4 novembre, M. Ricord annonce que les expériences sont commencées, et que le résultat en sera communiqué au journal. Cherchez bien, jamais cette communication n'est venue. Huit jours après, M. Ricord présente M. L... à la Société de chirurgie, et le 18 novembre, à l'Académie de médecine. Pas un mot des expériences. Le 20, M. A. Latour donne l'observation de M. L... comme *la seule expérimentation publique et authentique qui soit encore connue.* Comme pour mieux faire ressortir ce silence, le 9 décembre, M. Marchal (de Calvi) écrivait à la *Gazette des hôpitaux* que « *M. Laval s'était présenté à M. Ricord, qui lui avait fait en deux fois sept piqûres, avec trois pus différents, d'une virulence constatée, et cela sans résultat aucun.* M. Ricord ne répond rien ; l'UNION MÉDICALE ne souffle mot. Vous savez que le rapport de la commission a gardé pareillement le silence.

« Pour moi, Messieurs, qui connais toute la loyauté de M. Ricord et de l'honorable rédacteur de l'UNION MÉDICALE, ce silence équivalait à une défaite ; et cependant, j'aurais encore préféré un franc et public aveu. C'est pourquoi j'ai provoqué des explications sur ce point. Il en est venu de plusieurs sources ; je ne veux point m'y arrêter ; je n'en veux croire ici que M. Ricord.

« Que nous a donc dit M, Ricord ? Qu'il avait produit sur M. Laval *une pustule d'ecthyma assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve ;* et que *les autres inoculations qui avaient échoué sur le syphilisé, avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté.* Pas d'autre détail ; M. Ricord déclare *qu'il croirait manquer à sa dignité s'il en disait davantage.*

« Ceci ne me plaît pas, Messieurs. Quel rapport y a-t-il entre la dignité de M. Ricord et les détails d'une expérience? Au total, et de son aveu, sur son terrain, *en champ clos, avec des armes de son choix,* il n'aurait réussi qu'une fois

sur sept. Mais d'autres malades ont été pareillement réfractaires, ce qui prouve que le pus n'était pas bon. Qui aurait cru, Messieurs, que M. Ricord, après un défi si solennel, dans son service immense, ayant le choix des armes, en serait réduit à nous dire qu'il n'a pas su trouver de bon pus? Mais enfin, une inoculation a réussi. Réussi! quand vous n'avez pas fait la contre-épreuve, que vous-même, en toute occasion, vous déclarez indispensable, savoir si le pus produit peut être réinoculé!

« Pour ce qui me concerne, Messieurs, je regarde cette immunité acquise chez quelques sujets, comme avérée, démontrée, incontestable. M. Ricord la conteste-t-il encore aujourd'hui? (M. Ricord : Je répondrai.) J'aurais préféré une réponse plus nette. (M. le Président : On ne peut introduire ici de dialogue; M. Ricord répondra quand il le voudra.) Soit; mais j'ai maintenant quelque chose à dire. Si M. Ricord élève des doutes, je me chargerai, moi, de lui fournir tous les éléments de conviction. Que la commission consente à assister aux expériences, je lui amènerai, moi, j'y engage ma parole, un jeune homme qui se prétend syphilisé, qui porte défi à M. Ricord de produire chez lui un seul atome de pus inoculable; M. Ricord prendra ses précautions; s'il ne réussit pas une première fois, il recommencera; mon sujet se déclare prêt à se laisser faire *douze cents* inoculations, et davantage si l'on en veut davantage. Maintenant, personne ne niera, je l'espère, avant d'avoir vérifié.

« Voilà donc un fait capital qui sortira de cette discussion; et ne doutez pas que ce soit un fait considérable. Vous avez lu le beau livre de M. Ricord, sur l'inoculation syphilitique; vous avez vu les résultats importants qu'il en avait obtenus pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement; vous vous rappelez les belles applications qu'il en déduisait en médecine légale; tout cela est ébranlé, tout cela croule, dès que le chancre n'est plus *fatalement inoculable;* le diagnostic redevient incertain, le pronostic faillible, la thérapeutique douteuse; et surtout la médecine légale, à qui, en pareille matière, il faut des certitudes, oserait-elle compter comme autrefois sur les inoculations?

« Ceci ne touche encore directement qu'à la syphilis préventive; il est à craindre que la doctrine n'ait à subir bientôt un autre échec touchant la syphilis constitutionnelle. Divers expérimentateurs sont unanimes à dire que le chancre induré peut être produit plusieurs fois chez le même sujet; que les inoculations peuvent le faire reculer, dissiper l'induration, donner peut-être ainsi une garantie nouvelle contre l'infection générale. Ici je ne garantis rien, j'attends les preuves; mais cette unanimité ne laisse pas de donner à réfléchir. Après tout, nul de nous ne prétend avoir atteint la vérité absolue; les vérités que nous découvrons sont plus ou moins voilées d'ombres que nos successeurs auront à dissiper. La doctrine de M. Ricord se fût-elle maintenue tout entière de son vivant, il est probable que, comme une autre, elle aurait obéi plus tard à la loi générale; et je me réjouirais pour la science si elle réalisait aujourd'hui un progrès qui aurait pu se faire attendre un demi-siècle. Si la doctrine en souffre quelque dommage, l'homme n'en sera pas amoindri pour cela; outre qu'il conservera toujours l'honneur de découvertes qui subsisteront, je l'espère, dans la révolution qui en emportera quelques autres, il aura encore à réclamer une large part.

« Quant aux autres prétentions de la syphilisation, en admettant qu'elle guérisse les phénomènes présents de la vérole, arrivera-t-elle à garantir contre toute rechute; et même l'immunité assurée contre le chancre préservera-t-elle les syphilisés des autres accidents? Sur ces questions nouvelles, je ne veux rien dire, je n'en sais rien; il me paraît même démontré que les syphilisateurs ont promis au delà de leur puissance, qu'ils se sont trop hâtés de conclure. Je m'en tiens à ce qui est; j'ignore si la nature, qui a déjà laissé relever ce coin de son voile, nous permettra d'aller plus loin. Mais en considérant la grandeur du progrès qui vient de

s'accomplir, je ne saurais renoncer à de plus hautes espérances ; et dans ma conviction profonde, la syphilis n'est pas vaincue ; mais elle est entamée.

« Je me résume. Je n'aurai pas la présomption de dicter à l'Académie ce qu'elle a à faire, ni de lui proposer aucune espèce de conclusion. Si elle vote la condamnation de la syphilisation préventive, je la voterai des deux mains ; si elle comprend dans le même blâme la syphilisation curative, je m'abstiendrai, n'ayant pas d'éléments suffisants, et les faits acquis jusqu'à présent me paraissant plutôt favorables que contraires. Mais si, avant toute vérification, et contre les vérifications déjà faites, elle enveloppait dans un arrêt commun les faits que je viens de signaler, je ne veux pas dire que je protesterais ; ce serait la science tout entière qui protesterait contre un pareil jugement.

« Et maintenant, qu'nn dernier mot me soit encore permis. J'ai vu avec regret, avec douleur, les façons dédaigneuses dont on a usé envers un confrère digne à tous égards d'un tout autre traitement. A cette tribune, il semblait que chacun eût peur de prononcer son nom ; en dehors de cette enceinte, il a été en butte à d'autres outrages, dont j'ai retrouvé un écho bien lointain, à la vérité, bien affaibli, dans le dernier discours de M. Bégin. Ah ! si la commission avait voulu savoir, et cela lui était si facile ! l'âme haute et généreuse de M. Bégin aurait frémi de s'associer, même de loin, à des insultes aussi imméritées. Nous avons tous commencé, Messieurs ; nous avons tous eu à surmonter des obstacles, à soutenir des luttes plus ou moins pénibles, et cette loi commune ne m'a pas épargné. Mais je me suis promis alors, si quelque part d'autorité m'arrivait un jour, et s'il se rencontrait sur mon chemin un confrère modeste, laborieux, à qui l'on voulut ainsi barrer le chemin et faire porter la peine de ses découvertes, je me suis promis de lui tendre une main confraternelle et de lui venir en aide de tout mon pouvoir. L'heure est venue aujourd'hui de me dégager de ma parole, et je n'y faillirai point. De cette tribune même où l'on a tellement cherché à l'humilier, j'adresse à M. Auzias mes félicitations, mes encouragements ; et ces encouragements en valent bien d'autres ; je l'exhorte à poursuivre son œuvre commencée, à ne pas laisser sa conquête inachevée. Qu'il se presse moins de faire des théories, qu'il multiplie bien plutôt ses expériences, en y mettant toute la prudence que l'honneur médical lui impose, et qu'il ait foi dans l'avenir. Celui qui, le premier et le seul jusqu'à présent, a fait ces brèches irréparables dans l'édifice si bien cimenté de M. Ricord, celui qui a démontré que l'homme pouvait se rendre impénétrable à l'inoculation du chancre, celui-là s'est fait dans l'histoire de la syphilis un nom qui ne périra pas. »

Une menace de réponse de M. J. Guérin.

La *Gazette médicale* du 27 août dernier, page 508, tout à fait à la fin, contenait l'article suivant :

« Les personnes qui ont pu lire, dans les numéros de mai et juillet du journal de M. Malgaigne, les deux diatribes dirigées contre le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE, trouveront, dans le prochain numéro de la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, une réponse détaillée qui les édifiera sur ces nouvelles attaques du courageux critique. On croit pouvoir se dispenser de publier cette réponse dans la GAZETTE MÉDICALE. »

Nous attendions avec une rare impatience la *réponse détaillée* que nous annonçait de cette manière le vertueux rédacteur en chef de la *Gazette médicale*. Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs qu'il en a été de cette promesse comme de tant d'autres promesses orthopédiques ; elle ne s'est pas réalisée. On aura réfléchi sans doute que le plus prudent était de ne pas rappeler l'attention du public sur cette douloureuse aventure ; Napoléon avait déjà conseillé de laver son linge sale en famille ; et nous admirons la sage précaution qu'on a prise de ne pas appeler les abonnés de la *Gazette médicale* à être témoins d'une pareille lessive. C'est bien assez, pour un savant et un inventeur de cette force, d'avoir occupé une si large place dans la piscine commune de la *Gazette des Tribunaux*.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

SOCIETY OF LONDON & MEDIC

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

SEPTEMBRE 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Sur une opération d'empyème, pratiquée dans un cas de pleurésie aiguë terminée par suppuration ; *Mémoire lu à la Société des médecins des hôpitaux;* par **M. Marrotte.**

Les exemples de guérison à la suite de l'opération de l'empyème sont assez rares, les conditions de réussite assez mal connues, et les règles à suivre dans le traitement assez incomplétement déterminées, pour qu'il y ait intérêt à publier les faits de ce genre, observés avec tout le soin possible. J'espère qu'à ce titre, on lira avec intérêt l'observation suivante.

Obs. — La jeune Berthe V...., âgée de 4 ans et demi, fut prise, le 15 avril 1851, de fièvre sans frisson initial, sans symptôme indiquant la souffrance particulière d'un organe.

Le 16, un point de côté se déclara à sa base de la poitrine du côté gauche; il céda, dans la journée même, à l'application de deux sangsues.

Le 17, le point de côté n'avait pas reparu ; mais il y avait de la matité, du souffle pleurétique et de l'égophonie.

Le 19, les parents alarmés me prièrent de voir leur enfant. Les traits étaient altérés, la respiration anxieuse et fréquente ; le pouls faible à 130 ; il existait un épanchement pleurétique, mais pas assez considérable pour expliquer à lui seul la dyspnée, qui devait être attribuée en grande partie à une tympanite.

Je prescrivis des purgatifs, 2 sangsues sur le point douloureux et des cataplasmes et je laissai la malade aux soins éclairés du docteur Angot.

Les sangsues enlevèrent le point de côté, moins promptement cependant que la

première fois ; deux vésicatoires volants favorisèrent la résorption du liquide épanché, et vers la fin du mois la malade était dans une demi-convalescence.

Tout à coup, vers le 10 mai, et sans cause appréciable, les accidents se réveillèrent et prirent assez rapidement une gravité alarmante ; et le 19, le docteur Angot désira en conférer avec moi.

Je fus frappé du changement fâcheux qui s'était opéré. L'amaigrissement était considérable; la figure profondément altérée, mais bouffie; les yeux étaient brillants; les lèvres légèrement violacées ; le système veineux tant du visage que du reste du corps présentait une dilatation inaccoutumée ; le pouls variait de 140 à 150 ; la peau était chaude et terreuse, sans donner cependant une sensation d'âcreté et de sécheresse extrême, sinon pendant les paroxysmes fébriles. Ceux-ci ne se reproduisaient pas exactement tous les jours ; ils avaient lieu de préference le soir et la nuit, et se terminaient ordinairement par des sueurs abondantes. La respiration était des plus fréquentes et des plus laborieuses. L'enfant voulait rester assise sur les genoux de sa mère, parce que cette position lui permettait d'incliner la poitrine sur le côté gauche et en avant. Dans le lit, il fallait la soutenir avec des oreillers, et elle ne pouvait prendre quelques instants de repos qu'appuyée sur le dos.

L'examen de la poitrine donna les résultats suivants : le côté gauche présente un excès évident de développement; les espaces intercostaux sont élargis, les côtes presqu'immobiles, l'abdomen est proéminent ; la mensuration confirme les résultats de l'inspection ; au niveau du bord inférieur de l'aisselle, le côté malade a 28 c. de circonférence et le côté sain 26 ; au niveau de la neuvième vertère dorsale on trouve 30 c. du côté malade et 28 du côté sain. — Mais l'ampliation de la cavité gauche est, en réalité, plus grande : l'épanchement a repoussé le médiastin et, avec lui, le cœur qui bat sous le mamelon droit. Quelle était la nature de l'épanchement? La préexistence d'une pleurésie aiguë, l'amélioration lente des symptômes; les irrégularités et les hésitations d'une fausse convalescence, et avant tout, la recrudescence rapide des accidents concluaient à la présence du pus ; néanmoins, je fus d'avis d'essayer encore l'application d'un très-large vésicatoire sur le dos du côté malade. Il soulagea momentanément la dyspnée ; mais les dimensions de la poitrine restèrent les mêmes.

Le 23 mai, les symptômes avaient repris leur intensité : nous eûmes recours à la ponction du thorax, je pratiquai l'opération sur les cinq heures du soir d'après le procédé de Reybard. La peau fut relevée vers l'aisselle, et la ponction pratiquée à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, dans l'espace compris entre la huitième et la neuvième côte. Le trocart retiré, le liquide ne s'écoula pas d'abord ; il se passa une à deux secondes avant l'apparition d'un pus lié et homogène. Il en sortit environ 125 grammes, puis le courant s'arrêta brusquement. Je dirigeai la canule en différents sens, je la retirai même d'une petite quantité, et je parvins ainsi à extraire quelques cuillerées de pus, après la sortie desquelles toutes ces tentatives restèrent inutiles, quoique la poitrine contînt évidemment encore une grande quantité de liquide.

Force fut donc de retirer la canule ; mais à peine était-elle sortie, qu'à notre grand étonnement, le pus continua à couler, quoique le parallélisme des ouvertures cutanée et pleurale eût cessé et que la différence de niveau fut d'au moins 2 centimètres. Les cris, les efforts de toux augmentaient l'écoulement ; le tiers d'un verre de pus sortit ainsi en bavant ; après quoi une compresse en plusieurs doubles fut appliquée sur l'ouverture et maintenue avec une bande.

Au bout d'une heure environ nous levâmes l'appareil ; mais l'écoulement ne repa-

raissant pas, malgré les cris de l'enfant, nous nous décidâmes à en tenter le rétablissement. Je pris un stylet en argent que je coudai légèrement à 1 centimètre de son extrémité cannelée, et je l'introduisis obliquement sous la peau de la main droite, en suivant le trajet fistuleux et appliquant les téguments aussi exactement que possible sur le stylet avec les doigts de l'autre main, pour ne pas donner passage à l'air. Après quelques tâtonnements j'atteignis l'ouverture de la plèvre, et aussitôt le pus coula. Ce résultat obtenu, j'agrandis l'ouverture cutanée parallèlement aux côtes. Puis un morceau de baudruche fut appliqué au-devant d'elle, en guise de soupape mobile, et fixé à la peau dans tout le contour de ses bords supérieur et latéraux à l'aide du collodium, l'inférieur restant libre d'adhérence. Nous eûmes soin de mouiller la baudruche et de la laisser assez lâche pour quelle ne bridât pas sur la peau ; des pyramides d'agaric furent collées au-dessus des bords adhérents de la soupape, afin d'écarter les pièces d'appareil, et le tout fut couvert de compresses maintenues par une bande.

Le soulagement observé immédiatement après l'opération alla en croissant; l'enfant fut mise au lit sur les huit heures du soir, après avoir pris un bouillon ; elle avait demandé d'elle-même qu'on la couchât plus horizontalement et s'était placée sur le côté gauche, ce qu'elle n'aurait pu faire les jours précédents. Dans cette position elle avait fait, à plusieurs reprises, d'assez longs sommes, se réveillant pour demander à boire. Entre minuit et une heure se sentant mouillée, elle s'était écriée avec effroi que son sang coulait; mais la mère avait trouvé les pièces d'appareil et le lit largement souillés de pus. A quatre heures du matin, les linges étaient encore très-mouillés ; depuis lors ils avaient séché.

Il était impossible d'évaluer avec exactitude la quantité de pus écoulée pendant la soirée et la nuit ; elle devait être considérable ; mais les heureux effets de cet écoulement abondant et continu étaient manifestes. La respiration, comparée à ce qu'elle était, aurait pu passer pour normale ; la figure avait perdu sa teinte livide, sa tristesse ; la fièvre avait disparu, la peau était fraîche ; la fréquence du pouls persistait seule. L'appétit, enfin, avait pris un peu d'activité. La diminution du côté malade était visible à l'œil ; le cœur battait sous le sternum ; on entendait une respiration rude au sommet du poumon.

Du côté de la plaie, la baudruche desséchée et agglutinée par le pus adhérait à la peau ; et, en conséquence, l'écoulement que nous aurions voulu maintenir continu, s'était arrêté. Autre contre-temps, je ne pus retrouver l'ouverture de la plèvre.

Deux jours après, l'écoulement se rétablit de lui-même avec assez d'abondance ; le pus moins lié contenait une plus grande proportion de sérosité, mais il n'avait pas d'odeur. La petite soupape fut replacée avec cette modification, apportée par le docteur Angot, que la baudruche fut humectée de glycérine. Le flux purulent se soutint une partie de la journée ; mais le lendemain l'ouverture cutanée était elle-même agglutinée.

Le 29, une toux très-opiniâtre provoqua un vomissement suivi de la sortie d'une petite quantité de pus fétide par la plaie ; l'écoulement ne continua pas.

Le 30, l'épanchement s'était reproduit aussi considérable qu'avant la ponction, et avec lui toutes ses conséquences : déviation du cœur, orthopnée, anxiété extrême, fièvre ; le mouvement fébrile était même plus intense ; la peau plus âcre, plus sèche, la figure plus animée.

J'introduisis assez facilement une sonde cannelée dans la plèvre ; du pus s'écoula aussitôt ; mais il avait une odeur horriblement fétide. Dans un tel état de choses, il n'y avait plus qu'à l'évacuer largement sans s'inquiéter de l'entrée de l'air,

dont le renouvellement continuel par le mouvement de soufflet du thorax pouvait devenir, au contraire, un bienfait en expulsant les gaz fétides. Prenant donc un bistouri boutonné, je le glissai sous la peau jusqu à l'ouverture de la plèvre, et je débridai les parties molles de bas en haut perpendiculairement à l'incision horizontale pratiquée quelques jours auparavant; j'agrandis ensuite la fistule thoracique parallèlement au bord supérieur de la neuvième côte. Un large flot de matière séro-purulente jaillit à distance, entraînant des débris de fausses membranes. Il en sortit au moins deux grands verres à plein jet; puis l'air pénétra avec force, produisant un sifflement aigu pendant l'inspiration, et pendant l'expiration une sorte de crachotement d'un ton plus grave, dû à son mélange avec le pus. Une toux saccadée et opiniâtre suivit pendant quelques minutes cette introduction de l'air. Le même phénomène s'est reproduit à chaque pansement pendant les premiers jours, après lesquels il a diminué pour cesser ensuite complétement.

Le pus était d'une telle fétidité que nous fûmes forcés d'ouvrir les fenêtres. Le père de l'enfant faillit se trouver mal; il conserva de la céphalalgie pendant le reste de la journée; il eut même des coliques, suivies de selles liquides. Craignant de voir se développer des symptômes de résorption putride, je n'hésitai pas à faire des injections d'eau tiède, chargée de chlorure de soude dans la proportion d'une cuillerée à café pour un verre d'eau. Elles devaient être répétées plusieurs fois par jour si cela était nécessaire. L'injection pratiquée, une mèche de linge fut introduite dans la plaie qui fut recouverte à son tour d'un linge troué; de la charpie, des compresses et un bandage de corps médiocrement serré complétèrent le pansement.

Le lendemain, 31 mai, l'état de l'enfant était beaucoup plus satisfaisant. Malgré l'introduction de l'air, la respiration était plus facile, la peau plus fraîche, la figure moins animée; la malade demandait à manger. A tous ces phénomènes favorables il fallait joindre l'absence de toute fétidité dans les matières qui avaient abondamment souillé les pièces d'appareil, et dans celles qui jaillirent lorsqu'on enleva la mèche; il en sortit un bon demi-verre.

Une injection chlorurée fut pratiquée comme la veille, et le pansement fut fait avec la modification suivante : une sonde de gomme élastique à double courant remplaça la mèche, dans le but de donner au pus une issue constante, et de praquer les injections sans exercer sur le poumon une compression suffocante, comme nous l'avions observé la veille. Elle devait aussi permettre au courant d'eau d'entraîner plus facilement les détritus pseudo-membraneux. Malheureusement, chez une enfant si jeune, le calibre de la sonde était nécessairement peu considérable, et l'épaisseur du diaphragme qui le divisait le rétrécissait encore; de sorte que chaque demi-canal était trop étroit pour ne pas se boucher et devenir insuffisant. Cette canule fut donc remplacée le 1er juin par un bout de sonde en gomme élastique n° 10, à courbure fixe. Nous avions choisi l'extrémité mousse comme plus facile à introduire et moins propre à blesser le poumon. La partie qui faisait saillie dans la poitrine avait été percée de deux ouvertures longitudinales, situées vis-à-vis l'une de l'autre.

Il serait fastidieux de relater, dans tous leurs détails, les incidents journaliers qui ont suivi l'ouverture de la plèvre; je ne raconterai donc que les circonstances principales, après les avoir groupées.

Considérée dans son ensemble et depuis l'ouverture des parois thoraciques par le bistouri, la sécrétion morbide de la plèvre a présenté trois périodes que l'on pourrait distinguer par ces dénominations :

1° *Période de sécrétion séro-purulente avec expulsion de débris pseudo-membraneux;*

2° *Période de sécrétion purulente ;*

1° *Période de sécrétion séreuse.*

L'écoulement perdit rapidement sa fétidité, après la première injection chlorurée, ainsi que je l'ai déjà dit ; mais il conserva pendant une dizaine de jours ses autres caractères. Le liquide qui sortit à chaque pansement consistait en une matière séro-purulente, mêlée de détritus pseudo-membraneux. Plusieurs fois ces détritus furent volumineux ; il y en eut un qui égalait en volume une grosse noisette ; il fut expulsé dans une forte expiration. Lorsque le liquide eut cessé d'en charrier, il s'épaissit et prit les caractères du pus phlegmoneux.

La seconde période ou période de sécrétion purulente a duré de six à sept jours, du 6 au 12 ou 13 juin ; puis la sécrétion est devenue de plus en plus claire tout en restant homogène ; au pus crémeux et bien lié a succédé un pus séreux, puis un liquide louche analogue au petit lait. Enfin, l'ouverture n'a plus donné issue qu'à de la sérosité semblable à celle que contient normalement la plèvre.

La quantité de liquide rejetée chaque jour a présenté des changements, correspondant en général à ces transformations. Assez abondant tant que la matière a été séro-purulente et a charrié des débris pseudo-membraneux, il s'est réduit à un tiers de tasse à café à chaque pansement qui s'est fait régulièrement deux fois par jour, lorsque le pus est devenu épais et homogène. Aussi, en tenant compte du pus qui souillait les pièces d'appareil dans les intervalles, peut-on évaluer à une forte tasse à café la quantité de la sécrétion journalière.

Lorsque l'écoulement fut plus limpide, et cela dès le 15 juin, cette quantité était environ moitié moindre.

Le 22 du même mois, elle était réduite à quelques cuillerées.

Le 9 juillet, en retirant la mèche, il ne sortit qu'une cuillerée d'un liquide parfaitement clair.

Le 15 l'écoulemement était réduit à quelques gouttes.

On se tromperait toutefois en pensant que la marche décroissante des accidents a été aussi régulière, aussi simple que nous venons de la retracer. La quantité de l'écoulement variait d'un jour à l'autre. Après avoir été peu considérable pendant deux ou trois jours, il reprenait tout à coup son abondance primitive pour la perdre les jours suivants. Plus d'une fois aussi des changements ont été observés dans sa nature. Les matières séro-purulentes mal liées, le pus phlegmoneux, le pus clair et séreux ont passagèrement reparu, sans marquer complétement le caractère général des différentes périodes que nous avons signalées.

Diverses circonstances ont exercé de l'influence sur ces variations. De temps en temps l'enfant éprouvait, sans causes appréciables et par une sorte d'habitude fébrile, des paroxysmes plus intenses et plus longs, qu'accompagnait une sécrétion surabondante. D'autres fois le liquide s'accumulait dans la plèvre, et tantôt cette accumulation était due à l'oblitération ou au déplacement de la canule, tantôt au gonflement de la plaie devenue fongueuse. Le plus souvent elle paraissait se rattacher à une disposition intérieure du foyer que je n'ai pu que soupçonner. Je suis porté à croire que l'intervalle costo-pulmonaire se vidait toujours facilement à l'extérieur ; mais qu'il n'en était pas de même des régions médiastine et diaphragmatique, soit qu'elles fussent isolées par des *cloisons pseudo-membraneuses* qui divisaient la plèvre en loges distinctes, communiquant entre elles par des ouvertures étroites ou défavorablement situées, soit que la position déclive de la région diaphragmatique relativement à l'ouverture, permît une accumulation de pus dont l'évacuation était subordonnée à la quantité de liquide accumulée et à la puissance des efforts d'expiration. Plusieurs fois nous avons cru la poitrine complétement vidée

par la sortie d'une quantité notable de pus, remplacée à son tour par de l'air, lorsqu'après un intervalle variant de quelques secondes à une ou deux minutes, le liquide purulent sortait de nouveau en bavant ou en jet, selon que la respiration était tranquille ou que l'enfant poussait des cris. Le même phénomène s'est reproduit après les injections. L'eau étant ressortie claire comme elle avait été introduite, nous croyions tout le pus expulsé, lorsque tout à coup une nouvelle quantité s'échappait au dehors sans mélange d'eau ; une fois l'injection elle-même ne ressortit pas en entier. L'auscultation et la percussion nous ont également démontré que l'intervalle costo-pulmonaire était libre avant ces évacuations secondaires ; à la matité avait succédé une sonoréité relative ; on entendait la respiration modifiée comme elle l'est dans ces cas d'affaissement du poumon, et, dans les parties supérieures, l'égophonie avait remplacé le souffle pleurétique. C'est ainsi que les choses se sont passées au milieu du mois de juin.

Le 15 de ce mois, l'écoulement était déjà devenu plus limpide et avait beaucoup diminué. Pour soulager l'enfant que la présence de la canule gênait, on avait retiré celle-ci et on l'avait remplacée par une mèche ; mais la plaie qui était gonflée et douloureuse ne laissait pas échapper le pus facilement. La malade devint plus difficile ; elle respira plus péniblement, et, du 10 au 20, elle perdit l'appétit, son sommeil devint agité et elle eut une fièvre intense.

Le dimanche 22, je replaçai la canule. A peine celle-ci fut-elle introduite, qu'il s'écoula deux tasses de pus ; elle fut laissée en place deux jours, et la quantité de liquide redescendit à quelques cuillerées.

Quelle que fût la cause qui s'opposât à la sortie du pus, sa rétention imprimait un mouvement rétrograde à la maladie ; elle ravivait la fièvre et, avec elle, la dyspnée, le malaise général. Tous ces accidents s'amendaient, au contraire, après une évacuation complète.

Des variations dans la nature et dans la quantité de la sécrétion pleurale s'observaient lors même que l'amélioration suivait une marche plus régulièrement progressive.

Le 6 juillet, il sortit à peine quelques gouttes de sérosité.

Le 9, la mèche est ôtée après un séjour de trente heures destiné à tâter l'état de la plèvre, et il sort une seule cuillerée de sérosité d'aspect normal.

Le 11, cette sérosité est plus abondante et légèrement purulente ;

Le 13, il s'écoule un peu de pus ;

Le 14, l'écoulement est presque nul ;

Le 16, la mèche tombe pendant la nuit et n'est plus réintroduite.

Les symptômes généraux ont également subi des modifications.

Je ne reviendrai pas sur les exacerbations et les rémissions passagères dans la fièvre, dans la dyspnée, etc., dont j'ai indiqué les causes accidentelles. Ce que je veux signaler, c'est la relation qui a existé entre l'état général et les phases qu'a parcourues la sécrétion purulente pour reprendre les caractères de la sérosité normale.

Le liquide évacué par la première ponction était du pus épais et homogène, qui n'a pas tardé à changer de nature. La sécrétion est devenue séro-purulente et a charrié des débris de fausses membranes. Lorsqu'elle a pris ces caractères, et tant qu'elle les a gardés, la fièvre a été plus intense qu'avant l'ouverture de la plèvre ; les paroxysmes fébriles ont été plus marqués ; la peau est devenue sèche, terreuse, et

d'une chaleur âcre ; la soif a été vive et l'appétit a cessé d'une manière complète. Plusieurs fois, cependant, nous avons observé des poussées de sueurs copieuses.

Lorsque le liquide a repris l'homogénéité du pus phlegmoneux, la fièvre a diminué, l'appétit et le sommeil sont devenus satisfaisants. Ces phénomènes ont toujours été de meilleurs indices que le pouls pour juger de l'état fébrile. Les conditions physiques de la poitrine, si défavorables à la respiration et à la circulation, l'émotion de la malade au moment des pansements, concouraient à rendre ce symptôme infidèle.

Les symptômes généraux sont devenus plus favorables encore, à mesure que la sécrétion s'est éclaircie et a acquis les qualités de la sérosité normale. Nous avons vu, de jour en jour, la gaieté reparaître, le sommeil et l'appétit devenir excellents et réguliers. La fièvre ne s'est plus montrée qu'à de rares intervalles; la peau s'est assouplie, et, preuve remarquable de sa vitalité, de glabre qu'elle était elle s'est couverte d'un duvet qui est devenu promptement fort et abondant. C'est à dater de cette période que l'amaigrissement a diminué, et, dès les premiers jours de juillet, la jeune V... fit quelques pas dans la chambre, soutenue par sa mère.

Les changements qui se sont opérés dans la forme et la capacité de la moitié gauche de la poitrine ont été rapides, comme on devait s'y attendre à cet âge. La diminution de capacité n'a tenu d'abord qu'à l'affaissement physiologique des parois. Il n'existait pas encore de rétrécissement véritable. Ce qui le prouve, c'est que l'ampliation reparaissait dès qu'il s'accumulait une certaine quantité de liquide.

Quatre à cinq jours ne s'étaient pas écoulés que le retrait lent et progressif des parois thoraciques commença. Il s'opéra à la partie antérieure et surtout dans la région sous-claviculaire plus promptement qu'en arrière et à sa base. Le développement du ventre propre à cet âge, l'accumulation du liquide dans les points les plus déclives, expliquent cette différence entre les parties supérieures et inférieures. Aussi, tandis que dans toutes les régions situées au-dessus de la fistule thoracique, le rétrécissement avait atteint son maximum un mois avant l'occlusion de cette fistule, il ne se manifesta dans celles situées au-dessous qu'au moment où la sécrétion pleurale fut notablement réduite. Les progrès du rétrécissement se reconnaissaient encore à la difficulté d'introduire une canule qui pénétrait auparavant sans effort, et plus tard à la nécessité d'en substituer une d'un calibre plus faible. L'accumulation du liquide pleural ne rétablissait plus l'ampliation primitive, et il suffisait d'une quantité moins considérable que dans les premiers temps pour produire une dyspnée aussi grande.

Voici, du reste, quel était l'état de la poitrine le 28 juillet :

La mensuration donnait au niveau de l'aisselle 25 centimètres de circonférence du côté sain, et 23 du côté malade.

Au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, 27 centimètres du côté sain, 24 du côté malade.

Le cœur n'a pas repris complétement sa place ; sa pointe bat au milieu de l'espace qui sépare le mamelon du bord gauche du sternum.

Le rétrécissement est général, mais il a surtout eu lieu aux dépens de la partie antérieure ; la région sous-claviculaire, en particulier, est très-déprimée. L'épaule gauche est beaucoup plus basse que l'épaule droite ; le corps est incliné à gauche, et il en résulte une courbure de la colonne vertébrale.

Nous verrons, plus bas, que ces deux derniers symptômes se sont notablement amendés.

Le traitement a été médical et chirurgical.

Le régime a été, à mes yeux, la base du traitement médical. Ayant affaire à une enfant qui avait un estomac robuste, qui obéissait aux avertissements instinctifs de cet organe, c'est-à-dire qui mangeait quand elle avait faim et qui refusait les aliments *aussitôt* que ce besoin était satisfait ; j'ai autorisé la mère à donner des aliments à sa fille, quand celle-ci le voudrait et autant qu'elle voudrait, et même à lui laisser presque entièrement le choix de sa nourriture, quels que fussent d'ailleurs les symptômes généraux. Le bœuf et le mouton rôtis, l'eau rougie elle-même ont été pris pendant la fièvre, et quelquefois à des doses capables de satisfaire un adulte, sans que j'aie pu observer le moindre effet fâcheux. Ma seule intervention a consisté à conseiller le lait d'ânesse, dans le but de faire cesser la constipation sans avoir recours aux purgatifs.

A dater du 4 juin, la malade en prit une tasse matin et soir, et, pour en faciliter la digestion, j'y fis ajouter du sirop de quinquina : les garde-robes devinrent plus faciles sans être diarrhéiques. Cet aliment spécial fut continué trois semaines, au bout desquelles la petite malade s'en dégoûta ; mais l'état général était devenu satisfaisant et les selles continuèrent.

Rien ne m'a paru plus propre à seconder les bons effets du régime que les bains d'air et de soleil, suivant l'expression d'un de mes maîtres ; aussi ai-je expressément recommandé de descendre l'enfant au jardin toutes les fois que la température le permettrait, et de l'y laisser aussi longtemps que possible, qu'elle eût ou qu'elle n'eût pas la fièvre. On dressait un lit sous des arbres, et elle y a souvent passé cinq à six heures de suite, toujours avec un sentiment de bien-être, toujours avec d'heureux résultats.

Enfin, j'ai cherché à favoriser le rétablissement des fonctions de la peau, en prescrivant à plusieurs reprises des lotions savonneuses.

Quant au traitement local, en voici le résumé. Les injections, employées d'abord pour remédier à la fétidité du pus, furent continuées pour laver le foyer et pour entraîner les débris pseudo-membraneux, tant que le liquide en contint, tant qu'il n'eut pas pris les caractères du pus phlegmoneux. L'usage journalier en fut alors abandonné, et elles ne furent plus pratiquées que de temps en temps, lorsque les indications qu'elles étaient destinées à remplir se présentèrent d'une

manière incidente. Pendant les premiers jours, elles furent additionnées de chlorure de soude; mais nous nous contentâmes d'eau tiède dans la suite. En général, l'injection était poussée avec lenteur et en petite quantité pour ne pas comprimer le poumon; on y revenait à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'eau ressortît sans mélange de matière purulente.

Nous avons déjà dit comment une sonde à double courant en gomme élastique, n'ayant pas atteint le but auquel elle était destinée, nous lui avions substitué une sonde de même matière à canal unique. Cette sonde était du calibre n° 10 et remplit parfaitement son office, celui de donner une issue constante à la suppuration, tant que la paroi costale fut séparée du poumon par un espace suffisant; mais il arriva un moment où elle heurta la surface de cet organe, et fut repoussée par les secousses de la toux, malgré le soin que nous avions pris de la choisir à courbure fixe, afin qu'elle imitât la canule à trachéotomie et pénétrât dans le bas-fond du thorax, sans que la perpendiculaire fût trop longue. Il vint un moment où l'étroitesse de l'espace intercostal ne permit plus de l'introduire qu'en y mettant une certaine force et en occasionnant des souffrances. Le n° 5 fut substitué au n° 10; mais les mêmes inconvénients ne tardèrent pas à se reproduire; son séjour détermina de la gêne et même de la fièvre, et il fallut y renoncer pour la remplacer par une mèche de coton mouliné, enduite de cérat, qui ne fut jamais complétement abandonnée. Nous revînmes cependant deux ou trois fois à l'emploi de la sonde pendant douze ou vingt-quatre heures, comme moyen dilatateur de la fistule, obstruée par des chairs fongueuses qui donnaient lieu à l'accumulation du pus. Nous fîmes aussi plusieurs fois usage de la pierre infernale pour réprimer ces fongosités.

Depuis le jour de l'opération jusqu'à celui où la mèche n'a pas été replacée, le liquide de la plèvre a été évacué régulièrement deux fois en vingt-quatre heures. Je voulais éviter les recrudescences de l'inflammation pleurale par distension du foyer, et permettre le rapprochement des parois costo-pulmonaires en maintenant, autant que possible, la continuité de l'écoulement.

Quels sont les motifs qui m'ont déterminé à laisser fermer la fistule? La quantité minime et la bonne qualité du liquide sécrété depuis quelque temps m'avertissaient que le moment approchait de supprimer la mèche, dont la présence pouvait devenir nuisible en se prolongeant; mais les oscillations qui avaient encore lieu étaient un motif d'attendre que le liquide eût conservé plus longtemps et d'une manière plus suivie la qualité de la sérosité normale. Sous ce rapport, le jour où la mèche tomba paraissait peu favorable à une pareille tentative; car ce jour-là l'enfant avait été prise d'un accès de fièvre intense que je pouvais attribuer, avec quelqu'apparence de raison, à une nouvelle rétention de liquide, celui-ci n'ayant pas été évacué depuis au moins trente-six heures. Aussi le hasard a-t-il eu sa part dans ma détermination, en ce que plusieurs tentatives pour introduire la mèche ayant été infructueuses,

je craignis d'aggraver la fièvre en la prolongeant. Ce motif eût été, toutefois, insuffisant s'il n'eût été corroboré par des raisons plus solides. Le liquide n'avait pas été évacué, il est vrai, depuis trente-six heures; mais la quantité qui s'était échappée alors était presque nulle; en second lieu, l'auscultation et la percussion démontraient qu'une couche de liquide fort légère séparait les deux surfaces de la plèvre. La matité n'était pas absolue dans les deux tiers supérieurs; on y entendait la respiration, et la voix avait un timbre faiblement égophonique. Il se pouvait donc bien que nous n'eussions là qu'un de ces accès sans cause, comme l'enfant en avait eu déjà. Si mon calcul était faux, la plèvre se remplirait, et alors, ou le liquide se ferait jour tout seul par la fistule, ou je ferais des tentatives efficaces pour réintroduire la mèche et pour donner à l'ouverture des dimensions suffisantes.

Le lendemain, la fièvre avait disparu complétement; lorsque je revis l'enfant, trois jours après, la couche de liquide me parut plus épaisse; mais cette augmentation était si minime, comparée au temps écoulé, la jeune V... avait repris si complétement cette apparence de bonne santé qui nous présageait la guérison depuis quelque temps, que je ne pus concevoir aucune inquiétude.

Dans une dernière visite, faite le 28 juillet, à neuf jours de la précédente, nous avons constaté les résultats suivants :

Il n'existe plus de traces de liquide anormal dans la plèvre; point de matité absolue, pas d'égophonie. On entend partout la respiration modifiée comme elle l'est dans des cas semblables. L'enfant a repris de l'embonpoint, grâce à son robuste appétit. Elle n'a plus besoin de s'appuyer sur la main de sa mère pour marcher; elle va, vient, se baisse, se relève et commence à courir toute seule. Le corps, fortement incliné à gauche pendant longtemps, s'est redressé; la courbure du rachis est presque nulle.

La mensuration confirme ces résultats.

On trouve au niveau du bord inférieur de l'aisselle :

25 c., côté sain; 24 c., côté malade.

Au niveau de la neuvième dorsale :

27 c., côté sain; 24 c. 80 m.. côté malade.

Je ne publie pas cette observation pour tirer vanité d'un succès auquel les forces de l'organisme ont concouru beaucoup plus, sans doute, que le médecin; j'ai voulu apporter une nouvelle part de matériaux propres à éclairer l'importante question de la thoracentèse. C'est dans cet esprit que je vais rappeler les principales circonstances de ce fait particulier, pour en tirer les renseignements qu'il peut contenir sous les rapports pathologique, thérapeutique et physiologique.

J'ai pratiqué l'opération de l'empyème dans des conditions favorables qui se trouvent rarement réunies. La petite malade est le dernier né de cinq enfants qui sont tous vivants; elle a donné elle-même des preuves de sa force de résistance vitale, en supportant une maladie capable de l'épuiser par sa longueur et par des pertes journalières, en recouvrant rapidement des forces et de l'embonpoint, grâce à l'énergie de ses voies

digestives. Jamais, avant sa maladie et depuis sa guérison, nous n'avons reconnu chez elle aucun indice de diathèse tuberculeuse. La flexibilité, j'oserai presque dire la malléabilité qui caractérise à cet âge la cage osseuse de la poitrine, a permis aux parois du foyer purulent de se rétrécir et d'arriver promptement au contact.

Enfin, les accidents en marchant rapidement, nous ont mis dans la nécessité de prendre une détermination avant que les forces ne fussent épuisées, avant que la plèvre ne fût profondément altérée dans son tissu.

Ce sont là, comme je l'ai dit, des conditions favorables; mais à quoi eussent-elles servi si la nature avait été abandonnée à elle-même? Les annales de la science contiennent des observations d'épanchements purulents qui se sont ouverts d'eux-mêmes dans les bronches ou à l'extérieur; cette ouverture spontanée a été plusieurs fois suivie de guérison, et, si ma mémoire est fidèle, cette terminaison heureuse a été plus spécialement observée dans les cas d'empyème récents, analogues sous ce rapport au fait actuel.

Mais les cas de ce genre sont exceptionnels; le plus souvent la collection reste emprisonnée et elle tue les malades, tantôt par asphyxie dans un laps de temps plus ou moins court, comme cela n'eût pas manqué d'arriver chez cet enfant; tantôt avec les lenteurs de la fièvre hectique. L'ouverture artificielle du thorax a donc donné des chances réelles de guérison à la jeune Berthe; elle lui a permis de mettre à profit ses bonnes conditions organiques.

En pratiquant la ponction du thorax à la méthode de Reybard, j'ai obéi à la double pensée de soustraire la petite malade aux dangers d'une suffocation imminente et de vérifier la nature du liquide épanché, quitte à tenter plus tard une guérison radicale. Vous avez vu comment, après avoir voulu profiter d'un incident pour transformer un moyen de soulagement temporaire en un agent de guérison définitive, j'avais été amené à ouvrir la poitrine, sans m'inquiéter d'une large introduction de l'air.

Le premier effet de l'ouverture du thorax a été la sortie d'une grande quantité de pus fétide, qui a été remplacé en grande partie par de l'air. Cet air, d'une température inférieure à celle de la plèvre, a d'abord provoqué une toux répétée et pénible, mais qui a cessé après quelques instants, dès que l'équilibre de température a été rétabli. Ce phénomène s'est reproduit aux pansements suivants; mais il a promptement perdu de son intensité et de sa durée, soit que la quantité d'air introduite étant moindre, son contact fût moins pénible, soit que la plèvre s'y fût accoutumée; mais cet inconvénient passager ne peut être mis en balance avec le bien-être qu'a ressenti la jeune enfant, bien-être qui s'explique facilement en ce que, si l'affaissement du poumon est le même avant et après l'ouverture de la plèvre, la communication facile établie entre une des cavités thoraciques et l'extérieur a empêché l'air de refouler le médiastin et, par conséquent, le poumon du côté sain,

comme le refoulait un épanchement excessif. L'examen du fait le prouve : le cœur, qui battait sous le mamelon droit avant l'opération, battait sous le sternum après l'évacuation du pus, et l'espace qu'il laissait libre avait profité à l'amplitude du poumon sain. Ce bon résultat de l'empyème s'est continué et a même augmenté, malgré un rétrécissement notable.

On a reproché à l'introduction de l'air un inconvénient grave, celui de favoriser la décomposition putride du pus. Si j'en jugeais par le cas actuel, ce serait l'air non renouvelé, en contact avec du pus non renouvelé comme lui, qu'il faudrait seul accuser ; ce qui tendrait à prouver cette manière de voir, c'est que la fétidité du pus n'a pas reparu, à une époque où la sécrétion purulente était encore abondante, où l'air entrait avec facilité, et alors qu'on avait cessé l'emploi du chlorure de soude.

Ceci me porterait à penser que, s'il est prudent de pratiquer une ponction exploratrice avec toutes les précautions du procédé de Reybard, une fois la nature du liquide constatée, le mieux serait d'ouvrir largement la plèvre avec le bistouri. Une large communication avec l'extérieur aurait le double avantage de faire cesser la fétidité du pus et ses conséquences fâcheuses, et de faciliter l'expulsion des fausses membranes flottantes dans la plèvre ou détachées par la suppuration. Les phases qu'a parcourues la sécrétion morbide dans le cas actuel, pour recouvrer ses caractères de sérosité normale, démontrent combien il est important de hâter l'expulsion de ces productions pathologiques, devenues de véritables corps étrangers.

Les injections pratiquées dans la plèvre ont trop efficacement concouru au succès, en corrigeant l'odeur putride du pus, en empêchant l'accumulation des matières solides ou liquides dans les parties déclives, en favorisant l'expulsion des fausses membranes, pour qu'on ne soit pas autorisé à y avoir recours dans des cas analogues. Leurs effets, que je pourrais appeler physiologiques, ont prouvé, du reste, une opinion que j'ai avancée plus haut, sur le rôle que j'ai attribué à la température relativement basse de l'air dans la production de la toux. L'introduction de l'eau tiède donnait lieu à un sentiment d'oppression et de dyspnée, pour peu qu'elle ne fût pas faite avec grand ménagement; mais elle n'a jamais déterminé la toux ; celle-ci reparaissait au contraire lorsque l'air remplaçait le liquide de l'injection.

L'aggravation des symptômes généraux et locaux qui a suivi la rétention du liquide sécrété à toutes les périodes de la maladie, fait analogue à celui qu'on observe dans les abcès phlegmoneux, démontre encore la nécessité de pratiquer une large ouverture à la plèvre et aux téguments, pour éviter les inconvénients d'un rétrécissement trop rapide de la plaie.

C'est dans le même but que je conseillerais de pratiquer l'ouverture de la partie du thorax la plus déclive, aussi bas que la prudence le permet. L'analyse des symptômes n'a-t-elle pas démontré que le liquide s'accumulait dans la région diaphragmatique.

Les résultats remarquables du régime et des autres conditions hygiéniques auxquels l'enfant a été soumise méritent d'être rappelés. Ils démontrent une fois de plus combien il importe d'obéir aux besoins véritablement instinctifs des malades; combien sont sages et fondés sur l'expérience les préceptes des maîtres de l'art, qui conseillent de nourrir les malades dans les grandes suppurations.

Je terminerai ces réflexions en attirant l'attention sur les résultats si remarquables et si différents qu'a donnés la mensuration pratiquée à trois âges distincts de la maladie.

Le 19 mai, quatre jours avant la ponction, les deux demi-circonférences de la poitrine donnaient :

Au niveau du bord inférieur de l'aisselle :

Côté malade..... 28 c.
Côté sain..... 26 c.

Au niveau de la neuvième vertèbre dorsale :

Côté malade..... 30 c.
Côté sain..... 28 c.

Le 28 juillet, douze jours après la fermeture de la fistule thoracique, nous avons trouvé :

Au niveau du bord inférieur de l'aisselle :
Côté malade..... 23 c.
Côté sain..... 25 c.
Au niveau de la neuvième vertèbre dorsale :
Côté malade..... 24 c.
Côté sain..... 27 c.

Un mois après la fermeture de la fistule, des mesures prises avec soin et vérifiées plusieurs fois, ont donné :

Au niveau du bord inférieur de l'aisselle :

Côté malade..... 24 c.
Côté sain..... 25 c.

Au niveau de la neuvième vertèbre dorsale :

Côté malade..... 24 c. 80 m.
Côté sain..... 27 c.

Le résultat était le même pour le côté sain; le côté malade avait gagné un centimètre au niveau de l'aisselle, et à peu près la même longueur au niveau de la neuvième vertèbre dorsale.

J'ai revu la malade deux mois plus tard, et, quoique je n'aie pas mesuré la poitrine, l'inspection, qui ne m'avait pas trompé une première fois, m'a convaincu que la cavité avait continué à se dilater. L'âge explique d'ailleurs la promptitude et l'évidence des résultats.

De la comparaison de ces différentes mensurations ressortent trois faits importants :

1° Une augmentation de la *circonférence* du côté sain avant l'opération ;

2° Le retour de cette circonférence à ses dimensions normales après l'évacuation du pus;

3° Une tendance effective du côté rétracté à recouvrer ses dimensions primitives après la fermeture de la fistule thoracique.

Les résultats identiques fournis par les deux dernières mensurations du côté sain, la respiration supplémentaire entendue à la même époque, démontrent que l'excès d'amplitude n'a pas porté seulement sur la circonférence du thorax, mais sur la capacité du poumon lui-même, malgré le refoulement du médiastin. C'était un résultat que l'on pouvait prévoir *à priori*, aussi bien que le retour à des dimensions normales après l'ouverture du thorax : aussi n'y insisterons-nous pas.

Ce qui nous paraît plus digne d'attention, c'est le retour du côté rétréci vers ses dimensions premières. Personne, que je sache, n'a fixé l'attention sur cette curieuse tendance de l'organisme à réparer les déformations de la cage thoracique. Cette ampliation du côté rétracté est probablement plus fréquente qu'on ne le suppose. Je l'ai constatée moins prononcée, il est vrai, chez un adulte auquel j'ai pratiqué la thoracentèse, il y a deux ans. Elle devra varier suivant l'âge, le sexe, la marche de la maladie, la nature des lésions anatomiques. C'est un sujet que je me contente de signaler, en ce moment, à l'attention des observateurs, et que je me propose d'étudier avec plus d'attention, si les occasions se renouvellent.

Quelques réflexions sur le traitement de la teigne, et sur la cause qui a donné lieu à la propagation de cette maladie d'une manière inouie jusqu'à ce jour; *par le docteur* **Leva**, d'Anvers (1).

Le *favus*, teigne faveuse, teigne lupineuse ou teigne commune, n'a d'autres rapports avec les autres espèces de teigne, que le nom générique sous lequel on est dans l'usage de désigner les diverses maladies du cuir chevelu.

Que l'on se représente un enfant au regard triste et insignifiant, à la face pâle et sillonnée de rides précoces, ayant quelque chose de hideux, qu'il cherche à dérober aux regards par un bonnet ou une casquette qui ne le quitte jamais et qui semble faire partie intégrante de son individu, et l'on aura une légère idée du premier aspect offert par un sujet atteint de teigne invétérée. Si l'on parvient à faire ôter ou plutôt à décoller ce couvre-chef, une poussière qui entoure l'individu comme un nuage, et une odeur d'urine de chat se dégagent de la tête du pauvre teigneux.

---

(1) *Annales de la Soc. de médecine d'Anvers.*

Une croûte faveuse, qui entoure la tête dans une étendue plus ou moins grande, s'offre alors aux regards, et présente l'aspect d'une partie d'un casque avec de nombreuses dépressions alvéolaires. Cette croûte, d'un blanc jaunâtre, est sillonnée de crevasses plus ou moins profondes, réceptacles d'une population nombreuse de *pediculi humani capitis,* dont l'abdomen arrondi ainsi que le corset sont bordés des deux côtés d'une raie noirâtre.

Depuis Anvers jusqu'en Hollande, il est une vaste contrée connue sous le nom de Polders ; c'est une terre basse que de fortes digues préservent de l'inondation, qui se ferait à chaque marée. La teigne y est endémique, et dans certaines familles elle se propage de père en fils, non pas parce qu'il y a disposition héréditaire, mais parce que l'identité d'habitation, d'alimentation et de relations sociales dispose à cette maladie.

La propriété contagieuse de la teigne a été mise en doute, car on a vu des enfants porter impunément des casquettes de teigneux ; on a même vu des individus chercher à se donner la teigne. C'était du temps de l'empire; ils se couvraient la tête d'une casquette ou d'un cataplasme qui avait servi à un teigneux, et ils obtenaient rarement le succès désiré ; car ces casquettes et ces cataplasmes n'avaient été en contact qu'avec les croûtes, qui elles-mêmes ne sont que le résultat de la teigne.

L'élément de la teigne consiste dans une petite pustule qui est blanche au centre et rouge à son pourtour ; parvenue à son état de maturité, la pustule laisse suinter par son sommet une matière visqueuse qui ne tarde pas à se dessécher, et donne lieu à la formation d'une croûte dont les bords se relèvent, tandis que le centre reste déprimé comme une planche que l'on met sécher au soleil ; de là la forme de godet ou d'alvéole particulière à la teigne faveuse.

La teigne est contagieuse ; elle se transmet par l'intermédiaire de la matière visqueuse fournie par la pustule à l'état de maturité. Cette contagion peut se faire d'individu à individu, ou bien d'une partie à l'autre du même individu, surtout lorsqu'il se gratte ; car ce dernier acte, très-souvent provoqué par l'excessive démangeaison que produit la teigne, dissémine la matière, et bientôt de nouvelles pustules paraissent aux endroits contaminés.

Portée sur les endroits où la teigne ne peut pas se produire, cette matière y cause de fortes irritations; de là, des ophthalmies rebelles, des coryzas opiniâtres, car les mains indiscrètes des malades mettent souvent l'ichor teigneux dans un rapport immédiat, soit avec les yeux, soit avec les fosses nasales.

Parvenue à un certain degré d'ancienneté, la teigne se complique souvent de la formation de petits abcès dans l'épaisseur du cuir chevelu, ou bien de l'ulcération ou de la corrosion du derme et des bulbes pileux, d'où résulte quelquefois l'alopécie.

Ordinairement, les ganglions cervicaux se gonflent chez les teigneux;

le vulgaire envisage ces tumeurs comme des dépôts de matière teigneuse, qui se porte ensuite vers la tête, d'où elle est éliminée ; cette opinion est très-accréditée chez les commères et chez les charlatans.

Un usage généralement répandu dans le traitement de cette maladie, c'est l'application de cataplasmes ; ces moyens provoquent la chute des croûtes, mais ils ne font jamais autre chose que pallier le mal et n'empêchent pas de nouvelles pustules de se reproduire.

Pour guérir la teigne, on doit détruire la pustule avant sa maturité. C'est en attaquant le mal dans sa racine, c'est en faisant avorter la pustule, qu'on empêche sa reproduction et qu'on remplit l'indication thérapeutique qui découle naturellement des symptômes que nous venons d'esquisser. Voici comment on s'y prend : après la chute des croûtes, un rasoir bien effilé et conduit à contre-poils, enlève les cheveux à leur racine; puis on brise le sommet de chaque pustule, dont on touche ensuite le fond avec un escarrotique quelconque. De cette manière, on change le mode d'irritation, et au lieu d'un ichor teigneux, chacune de ces pustules élabore un pus louable.

Cependant, il arrive souvent que les pustules sont agglomérées et que l'immensité du nombre ne permet pas de les traiter chacune séparément. Alors elles doivent être attaquées d'emblée; le sommet de toutes ces pustules doit être brisé d'un seul trait; c'est ce que l'on opère au moyen de l'*emplastrum ad tineam* (1), qui possède le double avantage d'enlever le sommet des pustules et d'en irriter le fond. Ordinairement, après trois ou quatre applications de cet emplâtre, la maladie semble guérie; mais qu'on ne s'y trompe pas, car après un nombre aussi restreint d'applications, la guérison n'est souvent qu'apparente. De nouvelles pustules ne tardent pas à reparaître; mais alors leur nombre restreint permet de les traiter chacune séparément, au fur et à mesure qu'elles se produisent et avant qu'elles n'arrivent à maturité.

Si une seule pustule a le temps de mûrir, la maladie se reproduit et l'on est exposé à perdre tout le bénéfice obtenu; il importe donc que le malade soit visité tous les jours, et cela pendant six semaines au moins après la disparition de la dernière pustule.

---

(1) Cet emplâtre, qui est connu de temps immémorial, est composé comme suit :

℞. Farinæ secalis..... ℥iv.
Aceti vini ..... ℔ij.
Sub continuâ agitatione adde :
Subacet. cupri pulv..... ℥ß.
Leniter ebulliant per horam, admisce :
Picis nigr.
Resinæ..... *ana* ..... ℥iv.
Picis Burgund..... ℥vi.
Ab igne remotis adde :
Æthiops antimonial. subtilis. pulverisat. ℥vi.
M. f. sec. art. emplastrum.

Tel était le traitement employé par nos prédécesseurs, et cela avec un succès si remarquable, qu'au commencement de ce siècle le *favus* était une maladie à peine connue, tant elle était devenue rare. Il n'y a donc rien de neuf dans tout ce qui vient d'être rapporté; il n'y a pas de praticien qui n'en sache à cet égard autant et plus que moi; aussi, je ne me serais pas même occupé de ce sujet si ce n'eût été pour constater deux faits extrêmement remarquables et auxquels nos successeurs auront peine à ajouter foi, savoir :

1° Qu'au milieu du dix-neuvième siècle, les cinq millièmes de la population sont atteints de teigne faveuse;

2° Que le traitement de cette maladie n'est plus du domaine de l'art de guérir, mais est dévolu à certains industriels connus sous le nom d'arracheurs de cheveux.

L'un et l'autre de ces faits dérivent de la même cause, et voici comment.

Au commencement de ce siècle, la loi sur la conscription était une loi très-impopulaire, c'était une loi draconienne à laquelle chacun cherchait à se soustraire, les uns en se cachant, d'autres en se mutilant, beaucoup en se procurant la teigne.

Ces derniers donnèrent lieu à l'établissement d'une industrie nouvelle, industrie inconnue jusqu'alors, industrie pratiquée en secret et qui par cela même devint très-lucrative : l'art de donner la teigne. Ainsi le citoyen français jouissait de l'inappréciable avantage de pouvoir se procurer, moyennant pécule, une bonne et solide teigne, qu'il introduisait dans sa famille, dans sa commune, et partant dans tout l'empire.

Lorsque le besoin d'être teigneux ne se faisait plus sentir, on cherchait à en être débarrassé ; à qui alors s'adresser? A un médecin, à un chirurgien, à un homme méchant et brutal qui avait déjà une première fois renvoyé le postulant lorsque ce brave citoyen venait implorer, comme une grâce, la faveur d'obtenir une pauvre petite teigne? S'exposera-t-il à de nouvelles humiliations? Mais alors il aurait fallu ne pas connaître l'honnête et respectable donneur de teigne, car ce brave homme devait bien pouvoir ôter ce qu'il avait donné.

Cette logique, très-rigoureuse pour l'un, devait être très-embarrassante pour l'autre. Mais enfin qui cherche trouve.

La recette de l'*emplastrum ad tineam*, que dans leur grâcieux et pittoresque langage nos industriels désignent sous le nom de calotte, n'était un secret pour personne. Les guérisseurs de teigne s'emparèrent de cet emplâtre, qui, d'après leur manière de voir, sert à arracher les cheveux, et, comme ces braves gens cherchent à justifier leur titre, ils arrachent, ils arrachent, et finiraient par arracher les têtes si les cheveux s'obstinaient à reparaître.

Combien d'enfants ont eu des convulsions à l'idée seule d'avoir les cheveux arrachés ; combien d'entre eux sont devenus épileptiques à la vue du croquemitaine qui venait les leur enlever ; combien sont morts de méningite par suite des affreuses tortures qu'on leur a fait subir, c'est ce que je n'entreprendrai pas de dire.

Eloignons nos regards de cette triste et honteuse industrie, et reprenons l'histoire du traitement de la teigne, que nous avons interrompue un moment, pour rappeler l'invasion de cette plaie sociale de nouvelle espèce : le débit de la teigne.

Une chose que tout le monde peut remarquer, c'est l'idée polypharmaque qui présidait à la confection des remèdes employés par nos devanciers. Presque toutes les préparations magistrales ou officinales dont ils faisaient usage sont remarquables par le grand nombre d'ingrédients qui entrent dans leur composition; l'*emplastrum ad tineam*, pas plus que tout autre, n'échappa à cette loi commune.

Mais pourquoi tant insister sur une même chose? Pourquoi cette poix, pourquoi cette résine, pourquoi ce goudron, pourquoi tous ces ingrédients qui émanent de la même source? C'est parce que l'expérience leur avait appris que ces différents produits du *Pinus silvestris* avaient une action spéciale sur l'ichor teigneux, une vertu spécifique qui en neutralisait l'action.

Partant de cette idée, on commença par exclure de cet emplâtre les produits cupriques et antimoniaux; la poix, la résine et le goudron réduits en emplâtre, par l'ébullition dans le vinaigre avec adjonction d'un peu de farine, formaient dès lors à eux seuls l'emplâtre destiné à guérir la teigne par la méthode d'arrachement.

Mais une fois sur la voie de l'exclusion, on ne se borna pas là, et cela devait être, car la poix, la résine et le goudron, produits de la même source, devaient avoir une action plus ou moins identique; et d'exclusion en exclusion, l'emplâtre fut réduit à sa simple expression; en 1816, l'*emplastrum ad tineam* n'était plus que l'*emplastrum picis nigræ* tout court (Nysten, *Man. méd.*, p. 462).

Donc la *poix noire* guérit la teigne; le fait est patent, prouvé, incontestable; mais pourquoi guérit-elle la teigne? Est-ce parce qu'elle s'applique en emplâtre, qu'elle colle, qu'elle arrache? Pas le moins du monde; car alors l'emplâtre fait avec la gomme ammoniaque et le vinaigre, devrait être bien plus efficace; or, c'est en vain qu'il a été essayé. Toutefois, l'un et l'autre de ces emplâtres ont cet avantage qu'ils favorisent la rupture prématurée des pustules.

La poix noire guérit la teigne, parce qu'elle possède une propriété spéciale qui neutralise l'action de l'ichor teigneux; elle guérit la teigne, parce que, comme les autres produits du suc du sapin, elle est douée d'une propriété anti-teigneuse; elle guérit la teigne par la même raison que son succédané, le goudron, la guérit.

Le goudron incorporé à l'axonge est employé à l'hôpital civil d'Anvers, par M. le docteur Sommé, qui paraît en avoir obtenu encore récemment un succès très-remarquable chez un teigneux atteint d'un *favus* qui avait envahi la majeure partie du corps; c'est un cas très-intéressant, et il est à espérer que l'un et l'autre de messieurs les internes en publiera l'observation. Au reste l'*unguentum picis* de la pharmacie belge pourrait être employé au même titre que cette pommade au goudron.

Pendant l'usage de ces onguents, il importe toujours de rompre les pustules au fur et à mesure qu'elles se produisent; il est même des circonstances où l'*emplastrum picis* peut trouver son application. C'est dans ces teignes anciennes et invétérées, où le nombre des pustules est tellement grand qu'il est impossible de les rompre chacune isolément.

Cet emplâtre a été employé par quelques-uns dans le but avoué d'arracher les cheveux, dont les bulbes, disaient-ils, étaient malades. C'est une erreur, car cette maladie des bulbes n'est jamais que consécutive. Et puis d'ailleurs l'alopécie qui en est la suite est déjà un accident assez fâcheux pour qu'on ne la provoque pas de propos délibéré ; et cela sans compter les douleurs atroces, inhérentes à ce traitement, qui n'est basé que sur une chimère.

Je dis que cette opinion n'est basée que sur une chimère, et cela est si vrai que le *favus* n'est pas même une maladie propre au cuir chevelu, car la teigne attaque bien souvent des parties du corps où il n'y a pas de cheveux. Mais il y a là des poils, dira-t-on..... autre argument; mais qui me paraît un peu tiré par les cheveux et qui n'autorise nullement à les arracher, car il y a bien des teigneux qui sont guéris sans cette méthode.

CHIRURGIE.

De l'emploi de la chaleur électrique dans la pratique de la chirurgie; par **John Marshall**, *chirurgien adjoint de l'hôpital du collége de l'Université* (1).

L'objet de ce Mémoire étant d'appeler l'attention des praticiens sur l'emploi chirurgical de la chaleur électrique, j'exposerai d'abord l'observation dont les particularités en ont suggéré la première application.

Obs.—Au commencement de septembre 1850, Rich. W..., âgé de 25 ans, d'une constitution délicate et scrofuleuse, ayant toujours habité Londres, employé dans un magasin de nouveautés, vint réclamer mes soins à la consultation de l'hôpital.

Ce malade avait à la joue droite une fistule, résultat d'une succession d'abcès; il raconte que son mal a commencé, sans cause connue, au mois de novembre 1849, que sa joue s'est tuméfiée, et que, pendant neuf à dix semaines, il a eu des alternatives de bien et de mal, le gonflement diminuant tantôt presque complétement par l'emploi des cataplasmes, de fomentations et de purgatifs; d'autres fois aug-

---

(1) Nous avons annoncé, il y a quelque temps (voir tome XI, pag. 64) des essais tentés par les médecins de Vienne avec le cautère électrique. Depuis lors, M. Nélaton s'en est servi dans quelques cas à l'hôpital clinique de la Faculté. Aucun travail important n'ayant été publié depuis, nous avons jugé utile de donner à nos lecteurs le Mémoire qui paraît avoir été le point de départ de toutes ces tentatives; il est extrait des *Medico-chirurg. Transactions*, t. XXXIV, 1851. Nous en devons la traduction à M. Giraldès.

mentant, sans cause appréciable, dans l'espace de quelques heures, au point de l'empêcher d'écarter les mâchoires.

Jusqu'au mois de février, il assure que son mal était plutôt gênant que douloureux, mais qu'à cette époque l'inflammation de la joue devint plus grave, ce qui l'obligea de consulter un médecin, qui reconnut un abcès dans l'épaisseur des tissus de la face et, trois jours après, le ponctionna par la bouche. La suppuration continua pendant quatre semaines; de nouvelles incisions furent jugées nécessaires. Vers le milieu de mars, nouvelle recrudescence; un nouvel abcès se forma, menaçant cette fois de se faire jour à l'extérieur. On fit l'une après l'autre deux ponctions pour évacuer tout le pus; peu après on put introduire par cette voie une sonde jusque dans la bouche; et les deux ouvertures extérieures durent être réunies. Des cataplasmes émollients, des fomentations et l'emploi d'une médication tonique améliorent l'état du malade, les incisions néanmoins demeurent fistuleuses; elles se ferment deux ou trois fois dans le courant de mai, mais elles se rouvrent pour donner issue au pus amassé dans le trajet de la fistule.

Au mois de juin, cet état persistant, le malade est envoyé aux bains de mer; on essaie l'usage des frictions avec de la pommade iodurée et des injections avec la teinture d'iode. Dans cet intervalle de temps, la fistule se ferme quelquefois pour se rouvrir quelques jours après. Au reste, la santé étant très-améliorée et la guérison étant supposée devoir être longue, le malade retourne à Londres. Les choses demeurent dans le même état jusqu'au mois de septembre; c'est alors qu'il est venu me consulter.

Etat du malade : Il porte à la joue droite, en arrière de la bouche, une dépression dont la base est fermée par une cicatrice enflammée, de l'étendue d'un pouce et demi en longueur, et d'un quart de pouce en largeur; on trouve, en avant de la cicatrice, une fongosité percée d'un trou et, un peu plus en arrière, une seconde ouverture communiquant avec le trajet fistuleux. En dedans de la bouche et au niveau des dents molaires inférieures, existe une espèce de fente garnie d'une fongosité, c'est l'ouverture interne de la fistule dont le trajet offre un pouce et trois quarts de longueur; il se trouve placé au-dessous du canal de Stenon et se dirige obliquement en arrière; les tissus environnants sont endurcis, non douloureux, et la pression en fait sortir un pus épais.

La santé du malade a souffert depuis quelque temps, les soins de propreté et les pansements que son état réclame sont une cause incessante de gêne et l'empêchent de pouvoir continuer son état.

Je commençai le traitement en procédant à l'élargissement de l'ouverture extérieure, afin de faciliter l'écoulement des matières sécrétées et de pouvoir, en outre, exciter plus aisément toute l'étendue du trajet fistuleux; des injections furent pratiquées avec une solution de sulfate de cuivre, des brins de charpie imbibés dans la même solution furent en outre introduits dans la fistule et laissés à demeure. Ce traitement, continué pendant trois semaines, ne donne pas une amélioration bien marquée; l'ouverture postérieure, la petite ouverture, s'était fermée, mais l'autre ouverture restait perméable; des injections avec du sulfate de cuivre, de l'azotate d'argent, de la teinture d'iode furent employées pendant six semaines, également sans résultat.

Tous ces moyens ayant échoué, je dus songer à en essayer d'autres, et je pensai qu'on pourrait essayer de cautériser le trajet fistuleux avec le cautère actuel, ou bien extirper les parties indurées, réduire la fistule à l'état d'une plaie simple, et la réunir ensuite par une suture entortillée.

Le premier moyen me semblait préférable, mais j'y voyais une objection : com-

ment cautériser, avec le cautère actuel, un trajet fistuleux long et étroit? la chose me semblait impossible. Je pensai qu'on pourrait peut-être obtenir ce résultat si on se servait d'un fil de platine introduit dans la fistule, et si on le chauffait au moyen d'un appareil galvanique.

Aucune objection sérieuse ne s'élevant contre l'emploi de ce moyen, je commençai par étudier son mode d'action sur le cadavre et sur les tissus vivants; dans ce but, j'ai fait quelques expériences :

1° Pour m'assurer qu'il était possible de cautériser les tissus en contact avec toute la longueur du fil de platine ;

2° Pour étudier les effets produits ;

3° Pour savoir quelle serait l'épaisseur nécessaire à donner au fil cautérisant, ainsi que l'intensité et la durée du courant galvanique nécessaires à la cautérisation ;

4° Enfin pour apprendre à manier ce nouveau cautère.

Les expériences furent faites avec une pile de Grove de quatre cases, contenant chacune une surface de platine de 32 pouces carrés et une surface de zinc de 38 pouces. Sur le cadavre, nous constatâmes que le fil de platine, chauffé par le galvanisme, cautérisait les tissus dans toute l'étendue du fil ; que l'épaisseur des escarres était quelquefois plus grande aux points d'entrée et de sortie que vers le milieu du trajet; que cette épaisseur était en rapport avec la grosseur du fil employé, et la durée ainsi que l'intensité du courant galvanique ; et que la cautérisation était obtenue dans peu de secondes. Chez les animaux, il fallait un temps plus long pour obtenir les mêmes résultats, mais sans plus de dégâts, et sans ébranlement du système général. Ces expériences furent faites sur un lapin et un chien, préalablement soumis au chloroforme. Chez ces animaux, le fil de platine a été introduit dans une épaisseur assez grande de parties molles ; une inflammation éliminatrice s'est développée, et la cicatrisation s'est effectuée par granulation.

La possibilité d'employer le galvanisme pour cautériser les tissus étant démontrée, j'ai procédé à en faire l'application chez notre malade, le 5 novembre, en présence du professeur Sharpey et du docteur Dichtfield. Un fil de platine de 1/50 de pouce de diamètre est introduit dans le trajet fistuleux, l'extrémité externe est repliée et mise en contact avec le pôle cuivre de la pile qui nous avait servi dans nos expériences ; l'extrémité interne, dans l'intérieur de la bouche, est mise en contact avec le pôle opposé.

Le cercle galvanique était ensuite fermé, le fil s'échauffa instantanément, et, au bout de neuf secondes, temps jugé suffisant pour obtenir la cautérisation, le courant fut interrompu. En retirant le fil, on le trouva adhérant aux parties voisines; les ouvertures fistuleuses étaient bordées d'une escarre blanche, et pouvaient permettre l'introduction d'une plume de corbeau.

Le malade, qui n'avait point été choroformisé, exprima lui-même sa surprise du peu de douleur produit par l'opération ; il avait une sensation de brûlure à la joue et de piqûre à l'intérieur de la bouche; mais nulle douleur dans le trajet fistuleux. Cinq ou dix minutes après, il n'éprouvait plus rien qu'un sentiment de tension dans la joue.

Dans les deux jours suivants, il survint un peu de gonflement et de rougeur dans le trajet fistuleux, avec écoulement d'un liquide sanieux. Vers le quatrième jour, l'élimination des escarres commença; l'interne tomba le cinquième jour et l'externe le sixième. Du pus de bonne nature était sécrété par la plaie. Le huitième jour, l'ouverture interne était fermée, et le 16 novembre, onze jours après l'opération, la cicatrisation était complète.

Une semaine plus tard, du gonflement et de la tension se manifestèrent à la partie

postérieure de la joue; du pus épais, mais en petite quantité, s'échappa par l'intérieur de la bouche, et je crus un instant que la fistule se rouvrait; mais en examinant les choses de plus près, je constatai que cette tension, que cette sécrétion purulente, provenaient d'une espèce de sinus qui avait échappé aux premières investigations. Pour cautériser ce sinus fistuleux, j'employai un fil de platine ployé en deux; l'anse du fil devant être introduite dans la cavité du sinus, et les extrémités mises en contact avec l'appareil galvanique. La cautérisation fut faite le 14 décembre, et le courant employé pendant dix secondes; mais cette fois, le résultat ne fut pas aussi satisfaisant que la première, et je dus recommencer l'opération le 18 décembre. La cautérisation fut précédée de l'ablation de la dent de sagesse, et le courant galvanique fut maintenu pendant quinze secondes. Le malade accusa une douleur beaucoup plus forte que la première fois, l'escarre fut aussi plus épaisse; et le sinus se cicatrisa définitivement en un peu moins de quinze jours. Au 22 mars 1851, la guérison ne s'était pas encore démentie.

L'observation que nous venons de rapporter démontre les avantages de la cautérisation au moyen du galvanisme; ce *cautère électrique*, comme on pourrait l'appeler, se recommande par sa rapidité d'action et par son intensité; son emploi est, en outre, facile et commode, il ne s'accompagne pas de cette espèce de terreur qui s'attache à la cautérisation avec le cautère actuel. En effet, le fil métallique, à la faveur duquel les parties doivent être brûlées, est placé au sein des organes avant d'être mis en contact avec l'agent calorifique; l'appareil galvanique peut même être placé dans une pièce voisine de celle du malade; il présente l'avantage de pouvoir être appliqué dans les régions profondes et dans des conditions où le cautère actuel ne peut pas être employé. Ses effets peuvent non-seulement être mesurés, mais encore arrêtés presque immédiatement, car il suffit pour cela d'interrompre le cercle galvanique; son emploi n'offre aucun danger, et les suites en sont favorables.

Je dois maintenant faire remarquer que, postérieurement à la cure de la fistule dont on vient de lire l'observation, j'ai été informé de l'emploi qu'avait fait M. Fabré-Palaprat, d'un fil de platine chauffé par le galvanisme pour produire des moxas profonds. Cette application du galvanisme est décrite, quoique pas fort intelligiblement, par M. Becquerel, dans son *Traité de l'électricité*, 1836, t. IV, p. 306. Il ne dit pas cependant que M. Palaprat l'ait employé ou conseillé dans le traitement des maladies chirurgicales.

Le cautère électrique sera incontestablement employé avec avantage dans les cas où il n'est pas possible d'employer le cautère potentiel ou le cautère actuel : notamment dans les cas de fistules difficiles à guérir et communiquant avec la bouche ou la trachée-artère; on pourra l'employer aussi dans les cas de fistules périnéo-urétrales, ou recto-urétrales rebelles; pour cautériser les bords des fistules vésico-vaginales, des trajets urineux ou des kystes incomplétement oblitérés; on pourra également en faire usage pour arrêter des hémorragies provenant de

régions d'accès difficile, ou bien pour cautériser des plaies empoisonnées, et dans d'autres cas faciles à concevoir.

Dans le cours de mes expériences, je me suis demandé si on ne pourrait pas se servir d'un fil de platine incandescent pour inciser des parties molles. J'avais, en effet, remarqué qu'une masse de muscles assez épaisse se laissait diviser en peu de secondes, et j'ai constaté, en outre, que ces sections n'étaient pas suivies d'hémorragies, dans les cas même où de gros vaisseaux étaient divisés. Il me semble donc que ce moyen simple et commode pourrait remplacer le bistouri et les ligatures, par exemple, dans les hémorroïdes internes ou externes; on pourrait aussi l'employer pour les polypes de l'utérus, pour certaines formes de tumeurs érectiles, et d'autres tumeurs pédiculées ; pour l'extirpation d'une partie de la langue ou du col de l'utérus; enfin, dans les cas où une simple division de tissu est réclamée, comme dans les fistules et fissures à l'anus. Son emploi pourrait être encore utile pour oblitérer des veines variqueuses; enfin, on pourrait s'en servir chez les personnes ayant une tendance hémorragique très-marquée, chez lesquels la division des parties molles pourrait devenir nécessaire.

L'emploi de ce mode de cautérisation détruit sans doute les objections qu'on pourrait opposer à l'emploi du cautère actuel dans des cas semblables, ainsi que les reproches qu'on pourrait lui faire, comme marquant un retour à des méthodes barbares et abandonnées. J'ai déjà employé cet agent dans quatre cas de fistules rectales, cinq cas d'hémorroïdes internes, deux cas d'hémorroïdes externes, un cas de fissure à l'anus. Quelques-uns de ces faits sont encore en traitement, et leur nombre est encore trop petit pour me permettre d'en déduire quelques données; je me propose de continuer ces observations. Je dois seulement ajouter que, jusqu'aujourd'hui, je n'ai point observé d'accident, et que tous ont été accompagnés de succès.

Sur les luxations des vertèbres cervicales, considérées au point de vue de la médecine légale; *par* **M. Caussé,** *D.-M.-P., à Albi.*

A M. le professeur Malgaigne.

Mon cher confrère,

Il y a onze ans environ, que M. Orfila m'ayant envoyé son Mémoire sur la suspension, je crus devoir lui faire part des impressions que j'en avais reçues, et en même temps de quelques faits qui m'étaient propres (1). Je lui annonçais, dans cette lettre, un travail que je me proposais de soumettre au jugement de l'Académie de médecine, et qui fut déposé peu de temps après, par M. Orfila lui-même, sur le bureau de cette

(1) Voir *Annales d'hygiène et de médecine,* t. XXVII, p. 181.

compagnie savante (1). Ce Mémoire avait pour objet l'étude des luxations des vertèbres cervicales, sous le rapport médico-légal. C'était en 1844; j'eus pour commissaires, MM. Orfila, Jobert et Ollivier (d'Angers), rapporteur. Ignorant alors les usages de l'Académie, et ne voyant pas qu'on s'occupât de mon travail, j'écrivis à Ollivier (d'Angers) pour le prier de faire son rapport le plus tôt possible. Ce médecin, dont je n'ai du reste qu'à me louer, eut la bonté de me répondre ceci :

« Quant à votre Mémoire, je m'en occupe, mais il faut faire des expériences, et je n'ai pu encore les commencer; mais je ferai certainement un rapport sur ce travail à l'Académie. »

Sur ces entrefaites, Ollivier (d'Angers) mourut; craignant que mon Mémoire ne s'égarât, j'écrivis à Pariset, secrétaire perpétuel, qui me fit l'honneur de me répondre à la date du 17 mars 1846, les lignes suivantes :

« J'avais prévenu vos vœux; à la mort de M. le docteur Ollivier (d'Angers), je réclamai de ses héritiers tous les papiers qu'il avait reçus de l'Académie. Dans ce nombre était votre Mémoire sur les luxations des vertèbres cervicales. L'Académie vous a donné d'autres commissaires; j'ai parlé au rapporteur, il prépare son rapport, etc. »

Confiant dans ces promesses, j'attendis longtemps; mais ne voyant rien venir, je priai mon ami, M. le professeur Fuster, alors à Paris, de vouloir bien m'indiquer le nom de mon rapporteur, et de vouloir bien l'engager à me donner une solution. M. Fuster m'écrivit, le 12 octobre 1847, que c'était M. Bourdon, et m'engagea à la patience. Je passe d'autres démarches sans résultat différent. Nous voilà, chemin faisant, en l'an de grâce 1851. Voulant définitivement savoir à quoi m'en tenir, ou retirer mon travail, nouvelle lettre à mon ami le docteur Lavergne, représentant du peuple, qui me répond, le 7 août, que mon Mémoire est perdu. Voilà l'histoire de ce pauvre Mémoire, sur lequel j'avais basé quelques espérances; voilà la solution attendue pendant dix ans; voilà de quoi exciter l'émulation et le zèle des médecins de province!

Heureusement, j'avais gardé copie de mon Mémoire, qui n'avait pas moins de quatre-vingt pages; et je puis vous donner tous les renseignements que vous me faites l'honneur de me demander.

M. Orfila avait consigné, dans son *Mémoire sur la suspension*, cette conclusion (2) :

« Si, contre toute probabilité, il y avait luxation de la première sur la deuxième vertèbre, *on pourrait affirmer* que la suspension n'a eu lieu qu'après la mort, à moins que ces vertèbres ne fussent préalablement cariées (maladie de Rust), parce que cette luxation n'a *jamais* été observée dans la pendaison par suicide, et qu'il faut de tels efforts pour la produire, si même on peut y parvenir quand les vertèbres sont sai-

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 303.

(2) *Annales d'hygiène*, tome cité, p. 179.

nes, qu'il est *impossible*, en cas d'homicide par pendaison, que la mort ne soit survenue avant qu'elle ait eu lieu. »

J'avais trouvé cette conclusion trop absolue, et déjà en contradiction du reste avec l'observation de M. Duméril, au sujet d'un pendu à l'autopsie duquel on trouva l'axis luxée, et *le ligament de l'odontoïde* rompu (1). Dans mon Mémoire, je combattais fortement cette conclusion, qui a une grande importance, comme vous le sentez, dans les affaires criminelles. Je disais, que la luxation atlo-axoïdienne me *paraissait impossible*, dans le cas de pendaison homicide ou suicide, avec le *nœud de la corde en arrière*, me basant pour soutenir cette opinion sur le résultat des recherches faites en Italie sur les pendus par la main des bourreaux, qui employaient ce mode (2), et sur les expériences récentes de M. Orfila lui-même. J'y mettais, toutefois, les restrictions suivantes, savoir : que dans la pendaison homicide ou suicide avec le *nœud de la corde en avant*, mode employé par le bourreau de Paris, au dire de Louis (3), la luxation des deux premières vertèbres *pouvait s'effectuer* dans l'un et l'autre cas. C'était là, selon moi, l'origine de la dissidence sur les faits observés par Columbus, en Italie, et en France, par Louis, J.-L. Petit, Palfyn, etc.; en notant ici, toutefois, que l'anatomiste italien avait constaté par la dissection l'intégrité de la colonne vertébrale, tandis que Louis et J.-L. Petit concluaient à la luxation des deux premières vertèbres par voie d'induction.

M. Orfila lut son Mémoire sur la suspension à l'Académie de médecine, le 6 octobre 1840. Il déposa le mien dans la séance du 2 janvier 1844. Il en avait pris connaissance, puisqu'en 1845, époque où je me rendis à Paris pour le congrès médical, il me dit l'avoir lu; il paraît, toutefois, que mes observations ne l'avaient pas frappé, puisque la quatrième édition de sa *Médecine légale*, publiée en 1848, porte la même conclusion que j'ai combattue (4).

Voulez-vous maintenant, et avant d'invoquer les observations qui me sont propres, que j'établisse les autres raisons que j'avais de m'inscrire contre cette conclusion de M. Orfila? Ouvrez les *Annales d'hygiène;* vous trouverez, au tome XL, dans un Mémoire du docteur Brierre de Boismont, *sur les diverses espèces de suicide*; que, dans un cas où il y avait des taches de sperme abondantes sur la chemise, les cuisses, et un tabouret voisin, on constata *une luxation de la seconde vertèbre sur la première* : la tête était très-mobile. Cette observation est tout à fait officielle, puisqu'elle a été extraite des procès-verbaux conservés au parquet de Paris. Voilà donc un cas où l'on n'aurait pu *affirmer* que la suspension n'avait eu lieu qu'après la mort, alors que c'était un suicide, et qu'il n'y a pas eu de poursuites. Je tenais beaucoup à avoir des détails plus

---

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. VI, p. 101.
(2) Voyez Morgagni, 19e lettre, n° 14, et 56e, n° 37.
(3) *Bibliothèque choisie de médecine*, par Planque, t. XXX, p. 155.
(4) Voyez t. II, p. 4.0, n° 21.

complets sur cette observation ; je m'adressai donc au docteur Brierre de Boismont, qui eut la bonté de m'écrire qu'il lui était impossible de la retrouver dans les 4,595 procès-verbaux qu'il avait tous lus et dépouillés, mais qu'autant que ses souvenirs pouvaient être exacts, il croyait se rappeler qu'elle était consignée dans un rapport médico-légal du docteur Tascheron, médecin versé dans les expertises judiciaires.

M. Orfila, répondant à une objection de M. Velpeau (1), observe qu'il n'a pas dit que la luxation atlo-axoïdienne fût impossible (les termes sont ici un peu différents de ceux employés dans sa conclusion), mais il la regarde comme très-difficile à opérer, phénomène, ajoute-t-il, qui trouve son explication dans le rôle que joue la corde, car elle concentre et absorbe la plus grande partie de l'effet suspensif.—Oui, sans doute, cela est vrai, lorsque le nœud de la corde est en arrière ; mais en est-il de même lorsque la corde est en avant? C'est ce que je conteste.

En effet, ne penserez-vous pas, mon cher confrère, que si je prouve qu'un homme en soulevant brusquement le menton d'un autre individu peut lui luxer les deux premières vertèbres, il peut en être de même lorsque, par l'action du nœud de la corde en avant, le menton sera relevé avec force, et que le poids du corps agira ici en imprimant à l'articulation atlo-axoïdienne des efforts analogues à ceux opérés par la main seule? Voilà, je crois, le fait que vous désirez connaître, et qui n'appartient pas à un pendu. Il ne m'appartient pas même en propre, ainsi que vous le verrez ; mais il est devenu mien par les inductions médico-légales que j'en ai tirées ; je l'ai exhumé des archives du tribunal d'Albi, de pièces officielles.

Le 24 octobre 1805, un membre du conseil municipal de Mioles écrivit au juge de paix du canton, qu'on avait trouvé de huit à neuf heures du matin, sur le chemin public de Mioles à Cazourgues, un jeune homme du nom de Pierre Roucayrol, âgé de dix-neuf à vingt ans. Ce jeune homme était bien portant avant de sortir de la maison, et avait déjeuné; il avait été aperçu par deux ou trois personnes, chantant et ramassant des châtaignes ; le bruit court et on soupçonne qu'il a été assassiné.

Voici la position du cadavre : la figure était fortement collée contre terre, surtout les lèvres, qui étaient ecchymosées et noirâtres, le corps à demi plié dans un fossé ou béal qui traverse le chemin ; il était étendu sur son ventre, ses jambes et sa tête portaient sur les deux bords du béal, et le reste de son corps était enfoncé dans ledit béal, les bras allongés le long des cuisses et les mains tournées en arrière. Lorsque les premiers témoins accoururent, le corps était encore chaud, les membres souples; il avait la bouche ouverte, les yeux et les sourcils meurtris ; un peu de sang existait à la langue et au nez. Un témoin dé-

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. VI, p. 131.

pose que lorsqu'il arriva auprès de Pierre Roucayrol, il paraissait avoir quelque reste de vie, qu'on apercevait quelques pulsations aux bras et au cou, tellement que le curé de la paroisse lui administra l'extrême-onction. Le visage et le cou étaient violets; on apercevait d'une manière très-distincte au haut du cou, à l'extrémité de la mâchoire, sous l'oreille du côté droit, *une tache noire*, et aux endroits correspondants du côté gauche, *trois taches pareillement noires*, ce qui ressemblait beaucoup, dit le témoin, aux empreintes qu'auraient laissés les quatre gros doigts d'une main, qui aurait été appliquée avec violence sur cette partie. Lorsque le déclarant eut soulevé le cadavre, *la tête penchait en arrière, et paraissait fixée de cette manière, tellement qu'on essaya mais en vain de la pousser sur le devant.* Les taches noires dont je viens de parler furent remarquées par plusieurs témoins.

Le sieur Calmels, médecin, requis de faire l'autopsie du cadavre, déclare n'avoir reconnu ni blessure, ni meurtrissure, ni contusion, ni fracture; une simple écorchure existait à la malléole interne du pied gauche, et il était facile de juger qu'elle avait été faite par les sabots. La dissection du cadavre établit que le *ligament transversal* qui divise en deux parties le grand trou de la première vertèbre du cou, était rompu, et l'apophyse odontoïde de la seconde vertèbre comprimait visiblement le commencement de la moelle de l'épine, d'où la mort, dit ce médecin, a dû avoir lieu subitement. M. Calmels, entendu plus tard, ajouta qu'il lui avait paru qu'un écartement contre nature existait entre la première et la deuxième vertèbre du cou, et que sa conviction était qu'on avait dû faire exécuter à la tête du sieur Pierre Roucayrol des mouvements violents et contre nature, qui avaient dû amener cette espèce de luxation à la tête, et qu'il ne croyait guère possible qu'une chute eût pu la procurer.

Le sieur Barthélemy Corbière, meunier au moulin de Routoulp, fut accusé de cet assassinat; mais cet homme inspirait tellement la terreur dans la contrée, que la plupart des témoins n'osaient s'expliquer. Plusieurs témoins déclaraient qu'ils savaient quelque chose, mais qu'ils s'abstiendraient de rien dire, jusqu'à ce qu'ils fussent interpellés par la justice. Les choses restèrent dans cet état jusqu'au 25 avril 1809. A cette époque, le conseil municipal de la commune, indigné des jactances de Corbière, qui se vantait presque publiquement d'avoir assassiné Pierre Roucayrol, le signala au magistrat de sûreté, comme un homme dangereux et mal famé, comme un homme de sac et de corde, capable de tout entreprendre, de tout faire, d'après la voix publique, etc., (textuel). Corbière fut donc arrêté le 9 mai 1809. Une fois que le meunier de Routoulp fut entre les mains de la justice, toutes les langues se délièrent: on apprit que, le matin même de la mort de Roucayrol, il avait eu dispute avec lui. Et, pour arriver de suite à des faits significatifs, voici ce que dépose *Marianne Roucayrol*, sœur du décédé : un an après la mort de son frère, Corbière la menaça de l'étrangler, comme il avait fait à son frère. *Joseph Clergué* rapporta : qu'étant sur le bord d'une

vigne avec un sieur Bardy, et à six ou sept pas du sieur François et de Corbière, il entendit ce dernier dire au sieur François, qu'il voulait lui enseigner comment on pouvait tuer subitement un homme : *qu'il fallait pour cela lui passer une main sous le menton, de manière qu'elle couvrît en même temps la bouche pour l'empêcher de crier, le saisir avec l'autre main par le derrière de la tête, et pousser violemment le menton en haut, que, par ce moyen, on rompait tout d'un coup ce que ledit Corbière appelait le cadenet du cou, et que l'homme mourait tout de suite; que Corbière, voulant ajouter l'exemple au précepte, avait saisi de cette manière le nommé François, qui se dégagea tout de suite, en lui disant : retirez-vous, vous me faites peur.* Ce fut à la suite de ces déclarations que Corbière fut condamné, le 21 novembre 1809, à vingt ans de fers.

Je ne veux pas maintenant entrer dans l'appréciation de ces faits, que j'ai longuement discutés dans mon Mémoire. Je me contenterai de vous citer un autre fait qui a quelque analogie avec celui-ci, moins le mode d'opérer, si je puis m'exprimer ainsi. Il est inséré dans le *Bulletin de l'Académie*, tome XIII, page 479. Toutefois, l'autopsie n'a pas été faite, ce qui ôte un peu de valeur scientifique à cette observation. D'un autre côté, Devergie (*Médecine légale*, tome II, page 416, édition de 1836), ne dit-il pas, que lorsque la luxation de la colonne vertébrale existe, elle devient un indice puissant d'homicide? Personne n'ignore que des meurtriers peuvent connaître la manœuvre nécessaire pour opérer la mort de cette manière; car ce fut un scélérat de ce genre qui fournit au célèbre Cocceji la première idée de proposer à Frédéric le Grand, et d'obtenir de ce monarque, l'abolition de la torture. Je rapportais aussi dans mon Mémoire d'autres faits, qui me sont propres, de luxation de la colonne vertébrale, et, entre autres, celui d'un cocher qui eut le cou luxé, ainsi que l'autopsie me le révéla, entre la quatrième et la cinquième vertèbre, par les manœuvres d'un renoueur.

Agréez, mon cher confrère, etc.

CAUSSÉ.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

SUR LES FORMES QUE PREND LA FIBRINE DANS LES INFLAMMATIONS; *par* M. MONNERET.

Nous essayons dans ce journal de mener de front, autant que possible, les faits directement applicables à la pratique, et les faits scientifiques qui, sans application actuelle encore, nous paraissent de nature à réclamer l'attention des observateurs, et à fournir déjà même un aliment utile aux méditations des praticiens. Le Mémoire lu dernièrement par M. Monneret à l'Académie des sciences, nous paraît devoir être rangé au premier rang dans cette dernière catégorie; nous n'hésitons donc pas à en reproduire une analyse assez étendue.

La fibrine ne se présente dans l'inter-

stice des tissus ou à leur face libre que dans deux conditions morbides, l'inflammation et l'hémorragie.

Dans le premier cas, la fibrine s'extravase en solution dans la sérosité du sang, et bientôt après passe à l'état solide et corpusculaire. Examinée au microscope à un grossissement de 5 à 600 diamètres, elle affecte toujours une des trois formes suivantes : 1° la *forme fibrillaire;* 2° la *granuleuse ;* 3° la *celluleuse.* Les deux premières représentent la forme primordiale, élémentaire et immuable de la fibrine.

1° La *fibrine fibrillaire* est constituée par des fibres excessivement fines, droites, parallèles, réunies en faisceaux plus ou moins nombreux, et traversés parfois par d'autres faisceaux semblables plus ou moins régulièrement espacés. Les fibres sont très-distinctement formées de nucléoles très-petits, disposées en série linéaire, tout à fait pareilles aux fibres de la tunique moyenne des artères, des valvules sigmoïdes, des veines et des muscles de la vie organique. Elles sont très-rapidement et très-fortement rétractiles; en quelques minutes, elles se réduisent à un très-petit volume.

2° La *forme granuleuse* est déterminée par l'agglomération de granulations sphériques presque de même dimension, et plus petites que toutes celles qui appartiennent aux tissus pathologiques. Elle constitue des masses irrégulières, de différentes grandeurs, et se trouve souvent dans le même plasma mêlée à la forme précédente, en laquelle elle ne se transforme pas.

3° La *forme celluleuse* est caractérisée par la présence de la cellule appelée granuleuse ou composée. Une enveloppe commune réunit huit à douze nucléoles, qui se dissocient et se dissolvent par l'action de l'acide acétique. Cette cellule est une manière d'être nouvelle et pathologique de la fibrine, qui n'appartient qu'à l'inflammation.

Les fibrines fibrillées et granulées ont exactement les mêmes propriétés. Solubles dans l'acide acétique, fortement rétractiles, elles se montrent toujours identiques à elles-mêmes : dans toutes les sérosités des phlegmasies, dans la concrétion qui se forme à la surface de la peau dénudée, dans le plasma des plaies réunies par première intention, dans les plaques molles du muguet, tout aussi bien que dans la fausse membrane de la bouche ou du larynx enflammés; dans les pustules varioliques, où cette fibrine ne paraît que du sixième au douzième jour pour opérer la cicatrisation du derme; enfin dans les concrétions plastiques de la pie-mère, du péritoine et des parenchymes enflammés. La fibrine, dans tous ces cas, remplit les espaces intra-fibrillaires des tissus, et, ainsi rejetée hors des voies de la circulation, amène l'oblitération des vacuoles organiques, comme elle le fait en grand pour toute une tunique séreuse. Elle subit alors différentes vicissitudes : 1° elle joue le plus ordinairement le rôle d'une substance intermédiaire, d'un support dans lequel pénètrent les vaisseaux de nouvelle formation qui proviennent du tissu phlogosé; ou bien la sérosité fournie par les vaisseaux dissocie les éléments de la fibrine, qui est alors résorbée; 3° souvent elle reste à l'état granuleux ou fibrillaire, devient plus dense et plus serrée, comme dans les adhérences, les plaques fibreuses et certaines indurations; 4° enfin elle reçoit, par les vaisseaux qui la traversent et qui appartiennent aux tissus voisins, les éléments normaux qui entrent dans la constitution des cicatrices, dont les tissus se sont régénérés.

Les fibrines fibrillaire, granuleuse et celluleuse en s'organisent jamais; elles sont condamnées à rester ce qu'elles sont à leur sortie des vaisseaux phlogosés, et à ne jamais prendre d'autre forme.

Les vaisseaux qui les traversent peuvent seuls les atrophier et les faire disparaître, ou y jeter deux produits, les uns physiologiques, les autres morbides.

Les produits physiologiques sont le résultat de la sécrétion variable et pro-

pre à chaque tissu duquel sortent les vaisseaux.

C'est ainsi que l'on trouve dans le plasma cicatriciel de la pustule varioleuse l'épithélium à toutes les périodes de développement ; dans le croup, dans le muguet, la même formation ; dans le poumon enflammé chroniquement, la mélanose, etc. Jamais on n'observe dans la fibrine déposée la moindre trace d'une transformation quelle qu'elle soit. L'action dynamique vitale des vaisseaux propres fait tout ; la fibrine n'y joue que le rôle fort secondaire de support.

Les produits hétéromorphes, tels que le pus, le tubercule, le cancer, peuvent être déposés : 1° par le seul fait de l'endosmose quand les fausses membranes sont récentes ou anciennes, mais alors de consistance médiocre ; 2° par sécrétion spéciale des vaisseaux qui traversent la fibrine. Ici encore, jamais de transformation de cet élément en un autre.

De plus, la fibrine concrète, retenant toujours de la sérosité et recevant d'ailleurs par endosmose toutes les liqueurs voisines, peut, par son contact avec l'air ou avec des humeurs acides, subir une troisième altération. Il y naît des végétaux dont les formes sont assez variables, et parmi lesquelles on distingue surtout des *sporotrychnines* et le *pénicillum glaucum*. Les fausses membranes de la diphthérite et du muguet, aussi bien que celles que l'on trouve à la surface de la peau et ailleurs encore, constituent une sorte de tente ou de réceptacle pour ces végétations nouvelles. On obtient les mêmes résultats avec la fibrine que l'on expose à l'air ou que l'on acidifie légèrement.

4° La fibrine sortie des vaisseaux par hémorragie, se présente également, comme le concrétum phlegmasique, sous la forme fibrillaire ; mais les fibres en sont plus grosses, moins régulières, et n'ont plus une forme striée aussi distincte ni aussi élégante que l'autre fibrine. Jamais on n'y voit mêlée la cellule granuleuse de l'inflammation. J'ai observé cette fibrine dans des caillots sanguins jaunâtres que le cerveau renfermait depuis longtemps ; dans une caverne pulmonaire hémorragique, dans des tumeurs anévrismales et dans des indurations cérébrales jaunâtres que l'on aurait prises, sans le secours du microscope, pour des cicatrices cérébrales. La fibrine hémorragique n'appelle point le travail de vascularisation, comme le fait si rapidement la fibrine extravasée par inflammation. On ne voit jamais la moindre tendance de la part de cette fibrine à se transformer en tissu homologue ou hétérologue, ni à faire les frais de la plus mince régénération cicatricielle. Il faut, pour cela, que le travail phlegmasique intervienne et verse l'autre fibrine. Les différences qui existent entre le plasma phlegmasique et l'hémorragique sont donc assez tranchées.

Il résulte enfin de ces observations que la présence d'une quantité de fibrine, quelque minime qu'elle soit et appréciable seulement par le microscope, suffit pour établir d'une manière irréfragable l'existence d'une inflammation, quand il s'y ajoute une cellule granuleuse. La sérosité du tissu cellulaire des membres œdématiés ou du liquide obtenu par la thoracentèse, m'a permis de reconnaître des inflammations ignorées jusqu'alors, et par contre je n'ai rencontré aucune trace de fibrine dans les sérosités des phlyctènes, des sudamina, des bulles et de quelques productions pathologiques qu'on aurait été disposé à rapporter à l'inflammation. On peut donc, en clinique, et par une observation très-facile et rapide, tirer des inductions précieuses, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, de l'étude de la fibrine à l'aide du microscope.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LE MAL DE VERS OU DE BASSINE ; *par* M. POTTON, *médecin de l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon.*

Nous avons promis de revenir sur ces recherches, d'autant plus intéressantes

que la maladie dont M. Potton a donné la description n'offre aucune ressemblance avec les éruptions diverses que divers métiers déterminent sur la peau des mains. C'est une maladie toute spéciale, une éruption vésiculo-pustuleuse qui se manifeste sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, *uniquement* chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie, affection connue dans les fabriques sous les noms de *mal de vers*, *mal de bassine*.

Pour opérer la filature de la soie, les ouvrières sont assises auprès d'une bassine remplie d'eau chaude, et qu'elles s'appliquent à dérouler et à réunir les fils provenant des cocons détrempés et ramollis qui surnagent au liquide.

Lorsqu'une femme travaille ainsi régulièrement la journée entière, elle voit constamment, au bout d'une semaine environ, de deux au plus, la maladie se produire sur les mains, et de préférence sur la main droite.

C'est à la naissance des doigts, dans leur intervalle entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main que l'*éruption vésiculo-pustuleuse* débute. Une démangeaison se fait sentir, une teinte érythémateuse l'accompagne, bientôt la rougeur devient plus forte, elle est semblable à celle de l'érysipèle; plus marquée entre les doigts, l'extension et la pression la dissipent momentanément. Le gonflement ne tarde pas à se produire, il augmente avec la douleur qui devient irritante; la chaleur est âcre, exagérée, la peau se couvre de marbrures, de plaques brunâtres ; l'épiderme se soulève, on voit surgir d'abord une éruption miliaire, de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque arrondies ; leur volume, leur proéminence varient; tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection, ce sont de véritables bulles. Tous les mouvements deviennent pénibles ; ils ont pour résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un profond sentiment d'engourdissement et de gêne, coutinuent leur travail, de faire crever les vésicules; la sérosité s'échappe, un soulagement momentané, quelquefois permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les lésions qu'elle détermine, les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la douleur cessent à l'instant. Après sept ou huit jours, il ne reste aucune trace du mal autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme.

Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres se dissipent; une deuxième période s'annonce, des symptômes nouveaux plus sérieux la révèlent ; ou bien les vésicules subissent une véritable transformation, prennent le caractère des pustules; ou bien, dans l'intervalle, entre les boutons vésiculo-pustuleux, dès l'origine, de franches pustules se montrent. C'est un liquide purulent qui suinte à la surface du corps muqueux enflammé, et soulève l'épiderme. Ces pustules offrent d'habitude les dimensions des boutons de vaccine; elles ne sont pas ombiliquées ; deux parfois se réunissent en une seule ; elles peuvent s'étendre sur tous les doigts, mais c'est surtout entre le médius, l'indicateur et le pouce de la main droite qu'elles sont disséminées. Elles se répandent aussi sur le dos et dans l'intérieur de la main ; tout exercice de cet organe occasionne des souffrances très-aiguës. Il est impossible de plier complétement les doigts.

Si aucune cause ne vient troubler l'éruption dans sa marche naturelle, elle arrive à son apogée du cinquième au sixième jour de sa naissance; mais il est rare qu'elle suive ce cours prompt et régulier. Si, par un effort quelconque, par un traitement intempestif, les pustules s'ouvrent d'une manière prématurée et artificielle, la maladie ordinai-

rement n'est pas guérie ; il surgit d'autres boutons supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents. Mais lorsque les pustules sont arrivées à terme, avant même que le pus soit évacué ou desséché, toutes les souffrances cessent; les fileuses, dès ce moment, s'exposent aux causes premières déterminantes, bien que le derme soit à nu, les surfaces ulcérées et tuméfiées. Les douleurs prurigineuses, la sensation de brûlure, la chaleur qui l'accompagne ont cessé d'une manière brusque et comme par enchantement; la main est loin d'être revenue à son état normal, et cependant les fileuses ne souffrant plus, n'ont pas hésité de reprendre leur ouvrage. Tel est l'ensemble des phénomènes que l'auteur nomme le *second degré*, la seconde période du *mal de bassine*.

Le *mal de vers*, chez certains sujets, dans quelques circonstances, revêt des formes plus fâcheuses. Ainsi, parfois, dès que les pustules se développent, sans quelles soient confluentes, l'inflammation pénètre plus profondément, toute la peau est altérée dans les points compromis et à l'entour; le tissu cellulaire sous-cutané est envahi, le gonflement devient énorme, les doigts, la main sont déformés, une tuméfaction œdémateuse se prolonge au poignet, à l'avant-bras, au bras lui-même ; ses vaisseaux lymphatiques, ses ganglions, les glandes de l'aisselle s'engorgent et s'endolorissent; dès le cinquième ou le sixième jour, on voit apparaître de petits phlegmons arrondis, circonscrits, pour l'ordinaire situés sous les pustules; la peau est violacée, la fluctuation manifeste, la fièvre locale que les malades accusent, comme dans le panaris, est ardente. Les symptômes généraux éclatent, il y a des frissons, des maux de tête, de l'insomnie, du dégoût, des envies de vomir, en un mot les fonctions soit du système circulaire, soit du système digestif, sont troublées, les accidents sympathiques se développent. Deux faits méritent d'être notés. L'auteur n'a jamais vu la maladie locale, même à son plus haut degré, attaquer les ongles et l'extrémité des doigts; l'inflammation gagne à l'intérieur la gaîne tendineuse et les tendons eux-mêmes. Cependant, au premier aspect, la main semble gravement compromise. Du huitième au dixième jour, l'érosion de la peau donne issue au pus sous-jacent, soit par les pustules, soit à proximité dans un autre point. Dès cet instant, la scène change, un bien-être immédiat se produit, la phlogose se dissipe avec promptitude comme dans le second degré; après dix-huit ou vingt jours, au *maximum*, la guérison est parfaite, il ne reste pour toute trace qu'un peu de rougeur, on ne reconnaît que de très-petites cicatrices sans signe particulier.

Le *mal de bassine* se présente donc sous trois formes principales, ou plutôt sous trois degrés différents d'intensité. Cette affection est toujours aiguë ; elle ne laisse jamais après elle d'altération chronique ; elle se montre également dans toutes les saisons. Un de ses traits les plus dignes de remarque est le suivant : sauf quelques exceptions, lorsqu'une ouvrière a été atteinte, elle peut en quelque sorte, espérer d'exercer ensuite sa profession sans avoir ultérieurement à redouter, sinon la maladie, du moins ses accidents les plus graves ; il est presque permis de dire qu'il y a eu pour elle une sorte de *vaccination*. Si elle adandonne la filtration pour ne la reprendre que longtemps après, il arrive bien encore qu'elle contracte de rechef une éruption miliaire vésiculeuse, mais sans phénomènes sérieux, sans lésions profondes ; la maladie, en général, reste bénigne, au premier degré, ne nécessite plus le chômage. Les rechutes paraissent, en quelque sorte, se montrent en raison inverse de la gravité des accidents primitifs.

M. Potton a recherché si l'éruption *vésiculo-pustuleuse*, dont il vient de tracer les caractères généraux et distinctifs, était susceptible de se communiquer par inoculation ; toutes les expériences

ont été négatives : le pus inoculé n'a jamais déterminé d'éruption identique, il n'a occasionné que de petits boutons purulents, suite de la piqûre, de l'introduction d'un corps étranger sous l'épiderme. Les conditions d'un travail suivi sont nécessaires pour production du mal.

Quelle est sa cause? D'après M. Potton, cette éruption doit exclusivement son origine à la présence du ver, à sa décomposition intime, à une première altération qui s'est faite lentement au sein même du cocon dans les magasins; cette altération puise une force nouvelle, une une plus grande énergie dans l'action de l'eau chaude, qui n'a pas le temps ou le pouvoir de détruire les émanations dégagées du corps de l'animal pendant la filature. Si on n'emploie que des cocons nouveaux, étouffés seulement depuis peu, l'effet morbide n'apparaît pas; mais si les cocons sont anciens, s'ils ont été gardés une année et plus, on est presque certain de voir éclater l'éruption chez les ouvrières.

La *mal de bassine* n'est pas une affection redoutable ; elle ne compromet jamais l'existence des organes frappés. Mais on doit compter pour quelque chose les douleurs aiguës et l'ensemble des accidents qu'éprouvent les fileuses. Ces motifs sont bien suffisants pour chercher les moyens de le prévenir et de le soulager. Voici, à cet égard, les préceptes formulés par M. Potton :

Si lorsque les premiers symptômes, la rougeur, le prurit se manifestent, on fait immédiatement suspendre le travail, la miliaire, les vésicules, caractères du premier degré, ne se produisent pas ou avortent. Mais ce n'est qu'un moment d'arrêt ; l'ouvrière voit les accidents renaître sitôt qu'elle reprend son ouvrage ; il est indispensable ou qu'elle subisse l'inoculation complète, ou qu'elle abandonne le métier. Cette condition est si bien connue des ouvrières, qu'elles se gardent de suspendre la filature, de faire aucun remède jusqu'au développement des pustules.

Mais la deuxième période nécessite l'emploi de quelques moyens thérapeutiques dirigés en même temps contre l'inflammation et les vives souffrances qui l'accompagnent. Il importe de modérer les désordres locaux, sans les supprimer trop brusquement, afin d'éviter leur retour. Ce qui prouve que le caractère de cette affection n'est point une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les antiphlogistiques, les émollients se montrent sans aucune efficacité sur les symptômes, et même, loin d'arrêter cette inflammation aiguë, ils semblent parfois l'exaspérer ; les pustules suivent constamment leur marche, malgré les moyens empruntés à cette méthode. Les topiques calmants, les narcotiques n'ont pas mieux réussi. Au contraire, pour faciliter la résolution en calmant les douleurs et en permettant à la maladie de passer par ses phases naturelles, M. Potton a retiré des avantages incontestables des toniques légers, des bains dans les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de ronces ou d'écorce de chêne ; des manuluves dans le miel rosat étendu d'eau. Les corps gras, les préparations sulfureuses ou alcalines ont été plutôt nuisibles qu'avantageuses. Par l'emploi de ces premiers moyens alternés ou combinés, suivant les circonstances, on parvient à tempérer les accidents, à les maintenir à un degré tel, que les ouvrières, pleines de confiance, préservées ainsi des phénomènes généraux les plus pénibles, résistent très-bien, ne suspendent pas leur ouvrage un seul jour. Durant la nuit, elles ont soin de tenir sur les organes affectés les préparations prescrites, ou bien elles substituent avec avantage des solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre ammoniacal, de sulfate de zinc, etc.

Mais c'est surtout lorsque le chômage est inévitablement commandé par la violence du mal, lorsque tous les signes du troisième degré subsistent, que les bains, les fomentations avec les divers liqui-

des indiqués plus haut, sont indispensables. Les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre, procurent du soulagement; le froid, qui calme dans la première période, est ici une cause sinon des souffrances, du moins de leur prolongation. C'est seulement lorsque les pustules sont ouvertes que les pommades avec le tannin, l'acétate de plomb, deviennent utiles. Des cautérisations rapides, superficielles avec l'azotate d'argent, sont encore, à cette époque, d'un précieux secours. Lorsque les petits dépôts sous-cutanés tardent à s'abcéder, lorsque l'œdème de la main et du bras est prononcé, on active la résolution par les bains dans le vin aromatique, très-affaibli dans la solution d'eau blanche laudanisée. Souvent les malades percent elles-mêmes avec une aiguille les abcès retardataires, et les cicatrices plus tard sont imperceptibles. Sous l'empire de ces divers moyens, on voit disparaître, avec une extrême rapidité, des désordres qui, quarante-huit heures auparavant, offraient le plus mauvais aspect. Le seul symptôme qui persiste pendant quelques jours est une démangeaison assez vive. On la diminue par les bains et les lotions acidulées; des frictions sèches sur la main, sur le trajet des lymphatiques, des embrocations avec les huiles, les baumes légèrement excitants, viennent activer la résolution. Afin de combattre les symptômes généraux, M. Potton n'a jamais employé que les prescriptions indiquées dans les accidents analogues, les boissons acidulées gazeuses, les laxatifs, les infusions aromatiques ou amères, suivant la constitution individuelle des sujets, ou suivant les phénomènes prédominants.

NOTE SUR DEUX CAS DE FARCIN CHRONIQUE TRAITÉS PAR L'EXTRAIT D'ACONIT; *par* M. HAMOIR.

Les cas de transmission de la morve et du farcin du cheval à l'homme se présentent encore assez souvent, surtout dans la pratique des médecins militaires. Plusieurs médecins belges en ont rapporté des cas dans les *Archives de médecine militaire*, mais toujours terminés par la mort. Les divers traitements employés n'avaient même pas procuré une amélioration momentanée aux malades. Il en est autrement du traitement par l'extrait d'aconit, employé récemment par M. Decaisne, à l'hôpital militaire de Namur; chez deux malades atteints de farcin chronique, cette médication a produit une amélioration tellement évidente, que si ces farcineux avaient été soumis à ce traitement au début de la maladie, on aurait pu espérer une guérison complète.

Voici les faits :

OBS. I. — Knockaert Liévin, soldat au 2e régiment de lanciers, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital en 1850, pour un abcès situé sur l'omoplate gauche; cet abcès était volumineux, placé superficiellement, et la peau qui le recouvrait avait une teinte violette. Le malade n'assignait aucune cause à sa maladie; mais il raconta qu'il était employé depuis onze mois à l'infirmerie des chevaux farcineux, qu'il y demeurait depuis cinq heures du matin jusqu'à neuf heures, et que l'après-midi il promenait ces chevaux de trois heures à quatre. C'était lui qui lavait les abcès que ces chevaux avaient aux jambes; il avait eu, pendant très-longtemps, des gerçures aux mains, et il avait constamment deux ou trois chevaux farcineux à soigner.

En présence de ces commémoratifs, on soupçonna qu'on avait affaire, chez cet homme, à un cas de farcin chronique, et plus tard ce diagnostic fut pleinement confirmé.

On incisa donc cet abcès et on appliqua des cataplasmes pendant quelques jours. La plaie, loin de diminuer et de se cicatriser, grandit; ses bords étaient blafards, renversés, irréguliers, son fond grisâtre, la suppuration fétide et abondante. Dès lors, on administra l'iodure de potassium à une dose toujours croissante jusqu'à 6 grammes par jour. Il

prit ce médicament pendant trois mois. On employa, en outre, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. On fit des injections avec la teinture d'iode, avec la teinture de myrrhe; on lotionna continuellement la plaie avec le chlorure de chaux liquide. On prescrivit pour régime la portion et du vin de Bordeaux. Malgré ces diverses médications, on ne parvint pas à cicatriser entièrement cette plaie, qui demeura fistuleuse.

Sur la demande du malade, vu le long espace de temps qu'il était en traitement (huit mois) et l'amélioration qui s'était faite dans son état, on le fit sortir de l'hôpital. Il y rentra cinq mois après, le 21 mai 1851.

Aussitôt rentré au corps, il avait été de suite replacé à l'infirmerie des chevaux. Il était atteint, lors de sa rentrée, d'une névralgie frontale, mais seulement du côté droit, qui lui procurait des douleurs telles qu'il n'avait plus un moment de repos; il avait perdu complétement l'appétit et sa constitution se détériorait. On commença par lui donner un purgatif, après quoi on appliqua derrière l'oreille droite un vésicatoire, qu'on saupoudra d'acétate de morphine, et on prescrivit à l'intérieur le sulfate de quinine avec le sous-carbonate de fer. Ce traitement n'amena aucune amélioration. On fit appliquer alors *loco dolenti* un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'émétique, et cette fois on triompha.

Le malade était en pleine convalescence, ses forces commençaient à revenir, lorsque tout à coup il s'aperçut qu'il avait une tumeur fluctuante, superficielle, assez volumineuse, violacée, un peu au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, à la partie externe de chaque bras. Cependant, il n'avait jamais eu de coryza, rien ne se faisait remarquer dans les fosses nasales, et aucune éruption ne s'était manifestée à la peau.

Quelques jours après, une tumeur de semblable nature se montra vers le sommet de la tête, sur l'occipital. On incisa ces diverses tumeurs, il s'en écoula un pus très-abondant, fétide, d'un aspect particulier, semblable à de l'albumine trouble mêlée de quelques stries de sang, et on appliqua un pansement simple. On recommença alors à lui donner l'iodure de potassium, qu'il prit pendant trois mois à la dose de 6 grammes par jour, et de plus six cuillerées d'huile de foie de morue; régime tonique, viandes rôties, vin, etc. Le 22 novembre 1851, l'abcès de l'épaule, ceux du bras et celui de la tête n'étaient pas encore cicatrisés. Il y avait déjà vingt-sept mois que celui de l'épaule fournissait une suppuration peu abondante, mais fétide.

On était à bout de ressources; le malade dépérissait chaque jour; on essaya donc, le 1er décembre, l'extrait d'aconit, d'abord à une dose minime, pour l'augmenter progressivement, et l'on arriva de cette manière à lui faire prendre chaque jour 75 centigrammes de cet extrait. Au commencement de janvier, le médicament manqua à l'hôpital; mais Knoekaert en avait déjà ressenti l'heureuse influence. Vers la fin de février, le médicament fut rendu pendant quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital le 1er mars, dans l'état suivant:

Embonpoint très-marqué, figure dénotant une bonne santé, caractère très-gai; les abcès du bras et ceux de l'épaule sont complétement cicatrisés, celui de la tête laisse encore suinter tant soit peu d'un liquide séro-purulent. Depuis cette époque, cet homme a repris son service, et M. Hamoir dit qu'il a été à même de le revoir souvent.

Obs. II. — Van Laethem, vingt-quatre ans, soldat au 2e régiment de lanciers, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital militaire de Namur le 27 septembre 1851. Il n'avait jamais été atteint que d'ophthalmie granuleuse.

Depuis neuf jours, il éprouvait de l'anorexie, une raucité très-forte de la voix, à quoi s'étaient joints plus tard une lassitude générale et un dégoût prononcé pour tout travail. Le 23 septembre, une

douleur assez vive, vers le milieu de la jambe droite, avait rendu la marche fortement gênée, et pendant les trois jours suivants, il avait gardé le repos et appliqué des cataplasmes.

Lors de son entrée, on pratiqua une incision sur cette tumeur, et il en sortit du pus mélangé en grande partie de sang. Il se plaignait, en outre, d'une douleur assez forte partant de l'articulation coxo-fémorale et suivant à peu près le trajet du nerf sciatique. On fit faire des frictions avec du baume Opodeldoch, mélangé à l'huile essentielle de térébenthine, avec de l'ammoniaque et du laudanum.

L'étiologie de sa maladie demeurait inconnue : en effet, il n'accusait ni coup, ni chute, ni refroidissement ; il n'avait pas eu d'affection syphilitique, et il ne faisait du reste jamais aucun excès. A force d'interrogations, on parvint à savoir que quatre ou cinq mois auparavant il avait été employé à l'infirmerie des chevaux farcineux pendant un mois, qu'il y demeurait quelques heures chaque jour ; et il ne pouvait dire si, pendant ce temps, il n'avait pas d'écorchure aux mains.

La marche de ce premier abcès était tout à fait particulière. Il contenait un pus sanguinolent ou plutôt une sorte de bouillie rougeâtre ; le tissu cellulaire ressemblait assez bien à de la gelée de groseille, ou, si l'on veut, au tissu de la rate; ses bords étaient renversés ; tout enfin faisait présumer un farcin chronique, et l'on ne tarda pas à voir ce diagnostic parfaitement confirmé. En effet, quelques jours après, un peu au-dessous de cet abcès et à la partie plus externe de cette jambe, deux nouvelles collections purulentes parurent, l'une à quelques travers de doigt au-dessous de l'autre. Elles formaient des tumeurs de la grosseur d'une noix, et la peau qui les recouvrait était tendue, violacée. On pratiqua également des incisions sur ces nouvelles tumeurs, et cette fois il en sortit un pus d'un blanc sale, abondant et fétide. Un pansement simple recouvrit le tout. On administra progressivement au malade l'iodure de potassium jusqu'à une dose assez élevée (4 grammes) et pour régime la portion entière.

Six jours plus tard, le 17 novembre, deux tumeurs fluctuantes se présentèrent à des endroits correspondants de la partie externe des deux cuisses. On appliqua un bandage ouaté, et quelque temps après on constata que ces tumeurs avaient disparu, mais qu'à leur place elles avaient laissé des indurations assez volumineuses.

A quelque temps de là, deux nouvelles tumeurs de la même nature se présentèrent à la partie externe de l'avant-bras gauche, l'une voisine de l'articulation huméro-cubitale, et l'autre un peu plus bas : un bandage ouaté fut également appliqué sur ces tumeurs.

Le 1er décembre, il n'existait plus qu'une seule tumeur au bras gauche, mais elle formait une proéminence de la grosseur d'un petit œuf ; la peau qui la recouvrait était rouge, et le malade éprouvait un peu de douleur lorsqu'on la pressait. On fit une incision, et il s'en écoula un pus tout à fait semblable à de l'albumine.

L'extrait d'aconit fut prescrit à dater de ce jour.

Le lendemain, 2 décembre, un nouvel abcès existait au mollet gauche, on l'incisa, et il en sortit une grande quantité de pus mêlé de sang.

Le 10 décembre, un neuvième abcès se montra sur l'omoplate droite.

Le 18, une dixième collection s'ouvrit spontanément à la partie interne de la cuisse gauche, en donnant issue à une grande quantité de pus sanguinolent.

A la fin de décembre, une amélioration notable était survenue. Toutes les plaies bourgeonnaient, devenaient très-petites et avaient une tendance à la cicatrisation. La constitution générale s'améliorait, et il avait repris un peu de gaîté.

Le 1er janvier, pour le motif signalé dans l'observation précédente, il fallut

suspendre l'extrait d'aconit. Ce fut chose bien regrettable pour le malade, car vers la fin de janvier 1852, il se trouvait dans un état très-alarmant. En effet, les bords des ulcères se renversaient, ils étaient irréguliers et violacés, la peau était décollée et se détruisait, et la surface de ces plaies était baignée par une sanie purulente. Le malade maigrissait et il pouvait à peine se remuer dans son lit.

En février, on recommença à lui administrer l'extrait d'aconit à la dose de 40 centigrammes, et l'on avait résolu de tenter la cautérisation des ulcères par le fer rouge si la médication n'amenait pas un mieux sensible. Il ne fut pas nécessaire d'y recourir; dès le 18 février, les ulcères offraient un aspect vraiment surprenant, chaque jour on pouvait constater une amélioration; peu de temps après, Van Laethem se levait et bientôt il put se promener dans les corridors.

L'extrait d'aconit était toujours continué, et tous les deux ou trois jours on augmentait la dose, au point que le 17 mars, le malade en prenait 2 *grammes* 25 *centigrammes* par jour. A cette époque, son état était des plus satisfaisants. Tous les ulcères étaient cicatrisés et ne laissaient à leur place qu'une teinte bleuâtre de la peau, sauf un seul, à la partie interne de la cuisse gauche, celui qui avait apparu en dernier lieu, qui n'était pas entièrement fermé. La voix était demeurée un peu rauque. La constitution du malade était excellente, il avait un embonpoint très-marqué, tout enfin faisait espérer une guérison prochaine. Malheureusement, une autre maladie vint interrompre ce beau succès.

Le 18 mars, Van Laethem avait eu de violents maux de tête, des vertiges, il éprouvait une lassitude générale et de l'anorexie, il avait eu un épistaxis. On accusa d'abord la dose élevée de l'extrait d'aconit, et on réduisit la quantité du médicament, mais le surlendemain on dut en cesser tout à coup l'emploi; les symptômes survenus révélaient la fièvre typhoïde la mieux caractérisée; et le sujet succomba le 8 avril, à la fin du troisième septenaire de la maladie.

Nous n'extrairons de l'autopsie que ce qui a trait à l'affection farcineuse.

La peau du corps, d'une belle couleur blanche, présentait les traces des ulcères farcineux. Un seul, celui situé à la partie interne de la cuisse gauche, n'était pas cicatrisé, et on y trouva du pus mêlé de sang noir.

Les fosses nasales, examinées avec soin, n'offrirent aucune altération.

A la face inférieure de la trachée, on remarqua des ulcérations au nombre de cinq, qui avaient plusieurs lignes de largeur.

Le farcin chronique est une affection générale qu'il faut nécessairement combattre par des modificateurs généraux. Or, l'extrait d'aconit semble avoir agi tout spécialement sur ces deux malades; car, à l'autopsie de celui qui a succombé, on a peu retrouvé de lésions propres au farcin, et l'autre a fini par guérir sous la seule influence de ce médicament.

Il est à désirer que des expériences nouvelles viennent confirmer ces premiers essais; et peut-être la médecine vétérinaire pourrait-elle en retirer quelque avantage sur les chevaux attaqués du farcin.

(*Arch. belges de médec. milit.*)

DES DANGERS DE L'AIR FROID DANS LA CONVALESCENCE DE LA SCARLATINE, OBSERVATION ET RÉFLEXIONS; *par* M. GARIN.

« De toutes les maladies exanthématiques, dit Hufeland, la scarlatine est la plus décevante. Elle peut, soit dans des cas purement sporadiques, soit même dans des épidémies, être si bénigne et si légère qu'elle ne fasse pas une seule victime; mais souvent aussi, dans l'une comme dans l'autre circonstance, elle a tant de violence que sa mortalité égale réellement celle de la peste. Il peut arriver aussi qu'elle paraisse très-légère et

simple à son début, et que cependant elle amène soudainement la mort par une métastase sur le cerveau, ou par une hydropisie qui se développe avec rapidité. »

Mais c'est surtout pendant la convalescence, alors que tout péril semble écarté, que le médecin doit redoubler de prudence, avertir les parents du malade et les tenir en garde contre les apparences trompeuses d'une guérison encore mal assurée.

C'est ce que rend évident l'observation suivante, dans laquelle l'air froid peut seul expliquer les accidents consécutifs qui ont amené la mort d'un enfant dans un cas très-simple de scarlatine dont voici les détails.

Obs.—Un jeune enfant de sept ans, sec, vif, rarement malade, fut pris tout à coup, le 14 avril au soir, et sans autre signe précurseur qu'un peu de malaise après dîner, de fièvre et de mal de gorge et demanda à se coucher. Appelé sur-le-champ, le médecin trouva l'enfant dans l'état qui suit :

Visage animé, rouge ; œil vif, fiévreux; pouls très-accéléré, 120 pulsations environ; anorexie complète, soif nulle; langue rouge, surtout à la pointe et sur les bords ; angine pharyngée presque insensible; la peau sèche, brûlante, avec une éruption de scarlatine à son début.

Le lendemain, 15 avril, les symptômes de la veille ont disparu. Après une nuit d'insomnie, d'agitation et de léger délire, l'enfant s'est endormi sur le matin. A huit heures, il n'y a plus ni rougeur, ni fièvre, ni chaleur ; la faiblesse a disparu; la gaieté habituelle est revenue; l'enfant semble rendu à son état ordinaire.

On avait eu sous les yeux un de ces exemples de scarlatine tellement fugace que si on n'avait assisté à l'éruption même, la maladie, prise pour une indisposition, aurait probablement passé inaperçue.

On s'était borné à prescrire la diète, des boissons émollientes, une température douce et le repos au lit. Ces soins hygiéniques furent continués. On avait insisté sur la nécessité de rester couché pendant une semaine : mais au troisième jour il fallut céder à la turbulence de l'enfant, qui s'agitait sans cesse dans son lit, se soulevait, se découvrait et demandait instamment à reprendre sa liberté. La santé apparente était d'ailleurs parfaite. On prescrivit un laxatif léger, et l'on recommanda seulement un régime doux et le séjour de deux semaines à la chambre avant la première sortie.

Il sortit le 29 avril, quinzième jour de sa maladie. La desquamation s'était faite dans la semaine précédente, d'une manière insensible et par petites écailles furfuracées. Le jeune convalescent était dans les meilleures dispositions, et le temps était beau, mais frais. C'était un dimanche ; on le mena à la messe. En sortant de l'église, il se plaignit de douleurs dans un pied, et après une très-courte promenade il rentra, à son grand regret. La douleur se dissipa, passa d'un pied à l'autre, puis se porta aux poignets, sans empêcher cependant l'enfant de se divertir. Le lendemain, 30 avril, on s'aperçoit que ses traits sont un peu bouffis et empâtés. Le médecin est rappelé le 1er mai.

L'œdème a augmenté ; la face est boursouflée, les pieds et les mains sont gonflés et arrondis. On donne des boissons chaudes et sudorifiques, dans l'intention de provoquer une crise par les sueurs ; diète.

Le 2 mai, l'œdème est général. La transpiration n'a pu s'obtenir et les urines sont supprimées. Suivant le conseil d'Hufeland, un grand bain tiède est prescrit, après lequel on tente de nouveau de provoquer les sueurs, par des frictions sèches sur la peau, par des cataplasmes de farine de lin sur le ventre, par des enveloppes de coton cardé et de taffetas gommé sur les membres. En même temps, on administre la tisane

de chiendent nitré pour ramener les urines.

Le 3 mai, l'anasarque est devenue effrayante. L'enfant est méconnaissable; le scrotum est tuméfié; l'épanchement abdominal est énorme et les cavités séreuses de la poitrine commencent à se remplir de sérosité; l'infiltration pénètre tous les tissus. D'ailleurs l'enfant n'accuse aucune douleur; il est seulement très-oppressé, la peau est chaude, la fièvre modérée, l'appétit nul, la soif moyenne, et l'enfant ne boit que dans l'espoir de sa guérison. On ordonna de deux heures en deux heures deux pilules contenant chacune 10 centigrammes d'aloës et 10 centigrammes de jalap. En même temps, on enveloppa le corps entier d'une couche de coton doublée de taffetas et on prescrivit pour le soir une simple potion acidulée pour humecter au besoin la bouche du malade.

Dans la nuit même qui suivit cette prescription, l'enfant eut trois selles. En même temps eut lieu la détente cutanée; la peau tout entière ruissela de sueur et on fut obligé de changer l'appareil de coton qui couvrait le corps du malade. Aussi, le 4 mai, l'amendement des symptômes était notable. L'anasarque avait cessé de croître. La respiration avait repris son calme et sa régularité. L'enfant était moins abattu et demandait à boire. Les urines avaient reparu, mais en petite quantité; elles étaient claires et inodores.

L'enfant avait pris six pilules purgatives. On en prescrivit encore quatre et l'on permit un peu d'eau de groseille qui était vivement désirée. On remplaça la potion par une cuillerée de sirop de digitale matin et soir.

A partir du premier amendement que nous venons de signaler, l'amélioration fut toujours progressive; l'enfant allait du ventre et urinait, mais nullement en proportion des remèdes qui lui étaient administrés et des effets qu'on en attendait. La guérison s'opérait par les sueurs. Celles ci furent si copieuses, qu'il fallut, pendant les deux premiers jours, remplacer quatre ou cinq fois par jour les enveloppes de coton constamment inondées. Et telle fut la rapidité de la maladie, que le 6 mai, sept jours après son apparition et quatre après son plus grand développement, l'anasarque avait presque entièrement disparu; la face avait repris sa netteté, les mains, les pieds et le ventre offraient seuls encore un peu d'empâtement. D'ailleurs l'enfant avait toute sa gaieté, il s'amusait sur son lit avec ses jouets et causait sans aucune difficulté, *sans aucune altération de la voix.*

Le 7 mai, état général très-satisfaisant, le malade demande à manger. On permet un peu de potage de semoule très-clair.

Le 8, tout annonce la convalescence et le retour de la santé. On continue le sirop de digitale et l'eau de groseille; on permet deux potages.

La journée se passe bien; l'enfant, toujours au lit, mais sur son séant, prend part à tout ce qui se fait autour de lui; il rit, cause et s'amuse; il trouve trop petits ses potages et tourmente pendant le dîner de ses parents pour avoir quelque supplément. Pour le satisfaire, on lui donne une simple bouchée d'épinards avec un bout de pain. Deux heures après, il éprouve quelques nausées et vomit le dernier aliment qu'on lui a donné; puis tout rentre dans l'état ordinaire.

Il était quatre heures du soir, et jusqu'à huit heures rien ne survint qui pût faire soupçonner aucun changement défavorable. Cependant, vers les huit heures il est pris d'une petite toux quinteuse, saccadée, comme celle d'un enfant qui avale de travers. On lui donne à boire pour faire cesser la toux; mais en vain, la toux revient sèche, stridente et se renouvelle de temps à autre, par saccade. L'enfant n'est ni oppressé, ni enroué, et, dans les intervalles de sa toux, il reprend son habitude extérieure et son caractère. A neuf heures et demie, la toux augmentant et devenant plus fatigante, le

médecin est mandé. La toux est presque incessante et sans expectoration; la dyspnée est grande et les accès très-rapprochés ne laissent plus de repos au malade. Toutefois, la voix est *pure* et l'intelligence intacte. Mais le péril grandit à vue d'œil. Le malade n'accuse aucune douleur *de poitrine ni de gosier;* le pharynx est sans rougeur. Cependant la respiration devient de plus en plus anxieuse; l'enfant se jette à droite et à gauche de son lit, comme vaincu par une lutte désespérée. Il fait des efforts inouis pour respirer; l'air n'entre que dans la bouche; la poitrine, comme paralysée, ne se dilate pas et aucun bruit respiratoire ne s'y fait entendre; ou si l'air traverse les voies aériennes, c'est avec une gêne incroyable pendant l'inspiration et avec une entière liberté pendant l'expiration.

L'asphyxie était imminente. Tandis qu'on envoyait chercher un second médecin, on couvrit le corps de moutarde; il parut en résulter un instant quelque soulagement. On appliqua des sangsues sur la poitrine, on fit des fomentations, on offrit à l'enfant l'air frais d'une fenêtre. Tout fut inutile: l'enfant baigné de sueur expirait à onze heures, avant que le médecin consultant fût arrivé.

Certes, la mort ne pouvait être ni plus prompte ni plus inattendue. Maintenant, quelle en a été la cause?

Était-ce un obstacle mécanique à la respiration, une lésion locale qui avait amené l'asphyxie? Mais rien dans les phénomènes observés n'autorise à admettre cette hypothèse.

Était-ce au contraire un principe spécial constituant le génie même de la maladie et son danger, qu'il fallait accuser de l'issue funeste? Grave question qui touche aux sujets les plus difficiles de la pathologie et de la thérapeutique, à l'essentialité des maladies et à la spécificité des remèdes. M. Garin avait promis d'examiner cette question; nous n'avons pas retrouvé la suite de son travail. Peu importe, d'ailleurs, puisqu'en l'absence de l'autopsie, la solution fût toujours demeurée hypothétique; et si nous avons reproduit cette observation, c'est surtout au point de vue pratique que l'auteur a pris soin de faire ressortir en commençant.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Chirurgie.

QUELQUES EXPÉRIENCES RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE; *par* M. BULTYNCK.

Ayant été chargé, du 1er avril au 11 juillet dernier, du service des blessés et des vénériens à l'hôpital militaire d'Anvers, j'ai mis cette circonstance à profit pour faire des expériences comparatives sur la valeur de quelques-uns des modes de traitement usités contre la gonorrhée.

J'ai partagé les malades qui sont entrés successivement jusqu'au 1er juillet inclus, en trois groupes de force à peu près égale; ce partage a été fait au hasard et sans prendre en considération ni la nature, ni l'ancienneté de la maladie.

Le premier groupe a été traité exclusivement par les injections astringentes (sulfate de zinc, 2 gramm.; laudanum, 1; eau, 200): ces injections ont été faites une fois par jour, en ma présence; chaque injection se composant du contenu d'une seringue à injection ordinaire, était poussée dans le canal de l'urètre, et y était maintenue pendant environ cinq minutes à l'aide de la compression du méat urinaire.

Au deuxième groupe, j'ai administré le baume de copahu (environ 10 gramm. par jour, en une fois, pris en ma présence).

Le troisième groupe a été soumis à une médication expectante pure. On donnait à ces malades la tisane ordinaire de l'hôpital.

Le régime était le même pour tous; les trois ou quatre premiers jours, la

quart de portion, et puis la demie jusqu'à la guérison. Le séjour au lit n'était pas exigé.

Ces malades n'ont été admis à la sortie qu'au moins quatre jours, et le plus souvent davantage, après la disparition complète de l'écoulement; ils étaient soumis à une nouvelle visite la veille de leur sortie ; la manière dont ces visites se faisaient par M. le médecin adjoint Van Lokeren, nous est un sûr garant que pas la plus petite trace de suintement ne pouvait nous échapper. Le traitement a toujours été continué jusqu'au jour de la sortie.

Voici maintenant le relevé statistique du nombre de malades soumis à chacun de ces différents modes de traitement :

Injections. — En traitement 13 hommes, guéris 12 ; nombre de journées de traitement des hommes guéris : 10, 11, 13, 14, 16, 17, 17, 21, 21, 22, 24, 25 ; moyenne, 17 jours 1/2.

Copahu. — En traitement 17 hommes, guéris 14 ; nombre de journées de traitement des hommes guéris : 6, 11, 14, 15, 15, 16, 18, 19, 23, 29, 29, 31, 34, 60 ; moyenne 23 jours.

Expectation. — En traitement 15 hommes, guéris 12 ; nombre de journées de traitement des hommes guéris : 9, 12, 14, 17, 21, 24, 26, 29, 30, 35, 40, 41 ; moyenne, 25 jours.

Des 7 hommes non guéris, le 11 juillet, jour de la remise de mon service, 1 était en traitement par les injections depuis 26 jours; 3 par le copahu, 1 depuis 37 jours, 1 autre depuis 27 jours ; chez le troisième il est survenu, les premiers jours, une complication qui m'a engagé à suspendre tout traitement anti-gonorrhéique. Les trois hommes non guéris qui avaient été traités par l'expectation, se trouvaient à l'hôpital, le premier depuis 51 jours, le second depuis 27 jours, et le troisième depuis 12 jours. Comme vous le voyez, presque tous ces hommes avaient déjà dépassé la moyenne de leur traitement respectif; il me paraît cependant qu'il n'y en a qu'un seul chez lequel l'expectation peut être considérée comme ayant échoué ; c'est celui qui était à l'hôpital depuis 51 jours.

Abstraction faite de deux accidents graves, dont je parlerai plus loin, il n'est survenu de complications que chez deux hommes : l'un des deux, traité par expectation, a été atteint d'orchite, les deux maladies réunies ont exigé 35 jours de traitement; l'autre, d'orchite gonorrhéique; celui-ci était traité par le copahu, il était affecté de gonorrhée pour la troisième fois, et chaque fois cette complication s'était déclarée; s'il m'avait parlé à temps d'une aussi fâcheuse prédisposition, je l'aurais soumis à une médication expectante.

Je viens de faire allusion à deux accidents graves : en effet, deux hommes ont été atteints d'ophthalmie gonorrhéique ; l'un, qui sortait de la salle des granulés de son corps, fut attaqué le jour de son entrée à l'hôpital, l'autre dans le courant du traitement. Je ne les ai pas compris dans les deux tableaux précédents, parce que l'apparition de cette maladie, due le plus souvent à une imprudence du patient, ne peut être influencée par le mode de traitement adopté, et que, par suite de leur translation dans une autre salle, je les ai perdus de vue.

Je n'ai pas de renseignements complets sur la question des récidives. Pendant tout le temps que j'ai été chargé du service, il n'y en a eu qu'une seule ; un homme qui avait été traité par les injections, est rentré le lendemain de sa sortie. Du reste, les récidives de gonorrhée ne sont pas rares dans l'armée, et n'étonnent nullement ceux qui connaissent les habitudes du soldat. Assujetti à l'hôpital à une vie de privations, à peine a-t-il le pied hors de cet établissement, qu'il veut s'en dédommager en se livrant à des excès de toute expèce. Qu'y a-t-il d'étonnant que la boisson et le coït répété provoquent la réapparition d'une gonorrhée à peine tarie de quelques jours! Postérieurement à mon départ, deux hommes du 3e chasseurs à pied ont vu réapparaître leur af-

fection, par suite de la marche et des fatigues du camp de Beverloo ; l'un avait été traité par le copahu, l'autre par l'expectation.

Je ne me dissimule nullement que cette note n'est ni assez complète ni basée sur un nombre suffisant de faits pour mener à des déductions incontestables. Cependant telle qu'elle est, je crois pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° Le traitement antiphlogistique n'est nullement nécessaire pour mener à bonne fin la presque totalité des affections gonorrhéiques ;

2° Un régime convenable est, à lui seul, suffisant pour tarir la plupart des écoulements urétraux ; mais une médication active diminue la durée de la maladie ;

3° Les injections astringentes ainsi que la médication spécifique, employées au début de la maladie, ne l'exaspèrent nullement ; au contraire, elles en activent la résolution ;

4° Le traitement par les injections astringentes est le plus expéditif, le plus commode et le moins coûteux. Les données me manquent pour pouvoir y ajouter qu'il n'expose pas plus que les autres modes de traitement, aux accidents consécutifs et en particulier aux rétrécissements du canal de l'urètre.

(*Arch. belges de méd. milit.*)

RÉTRÉCISSEMENT CAUSÉ PAR UNE INJECTION D'AMMONIAQUE, ET TRAITÉ PAR LES BOUGIES MULTIPLES ET LA BOUTONNIÈRE ; *par* M. AMUSSAT.

OBS. — M. de S..., âgé de trente ans, d'une forte constitution, souffrait depuis plusieurs semaines de douleurs profondes dans le canal de l'urètre. On lui avait conseillé quelques injections huileuses. Le 3 août 1847, par suite d'une erreur, M. de S... fit une injection d'*ammoniaque pure*. Il en résulta une douleur aiguë, une inflammation très-vive, une suppuration abondante. Au bout d'un mois, ces phénomènes d'irritation se calmèrent ; mais le 15 septembre, quarante-deux jours après l'accident, il survint un accès de fièvre qui dura un jour, et une rétention complète d'urine pendant cinq heures.

Le canal fut exploré ; on le trouva très-étroit, très-irritable ; il recevait à peine des bougies du plus petit diamètre. La fièvre revint ; la dilatation temporaire réussit mal ; on plaça des sondes à demeure, dont on augmenta le numéro tous les cinq jours.

Les 23 et 24 octobre, après vingt et un jours de sonde permanente, étant arrivé à un numéro ordinaire, on supprima la sonde pendant trente heures. Le malade s'en trouva beaucoup soulagé ; mais quand on revint à la sonde, quoique le numéro ne fût pas augmenté, le passage était devenu difficile et douloureux ; le rétrécissement a été rapide. Cependant la sonde arriva à être bien supportée, mais elle déterminait des douleurs et une abondante suppuration.

Dans ces conditions, M. Gaillard, médecin du malade, consulta M. Amussat, qui prescrivit des sangsues à la partie inférieure de la verge ; des frictions dans ce point avec des pommades fondantes, et recommanda d'introduire dans l'urètre de courtes bougies, qu'on devrait laisser à demeure, et dont on augmenterait graduellement le volume. Ce traitement, suivi avec persévérance, n'amena aucun changement notable dans l'état du malade, qui se décida à venir à Paris. Nous laisserons maintenant parler l'auteur.

« Le 18 janvier 1848, je constatai l'état de l'urètre au moyen d'une sonde à empreinte, qui pénétra entièrement dans la vessie ; puis, quelques jours après, je constatai avec l'onglet de mon scarificateur des brides très-fortes dans la partie libre du canal ; et en touchant la verge au niveau des testicules, je sentis deux espèces de viroles indiquant que des tissus autres que la muqueuse avaient été envahis par l'inflammation. La première virole, la plus sensible au toucher, était située au-devant du scrotum ; la seconde, moins épaisse que la première, était au

point même où la peau des testicules se réunit à celle de la verge.

« Le 21 janvier, j'introduisis dans l'urètre successivement huit fines bougies, que je réunis ensemble au moyen de cire à cacheter placée à leur extrémité antérieure, et qui furent fixées à demeure dans l'urètre. Ce faisceau de bougies fut parfaitement supporté, et le lendemain M. de S... trouvait que la verge était plus flexible que lorsqu'il avait dans l'urètre une sonde unique d'égal volume. Je plaçai deux autres fines bougies, que je réunis aux précédentes, ce qui fit un faisceau de dix.

« Le 24, je retirai ce faisceau de bougies et je pus le réintroduire très-facilement.

« Le 26, j'introduisis de nouveau quatre fines bougies, qui furent bien supportées. Les viroles me parurent avoir un peu diminué d'étendue, mais surtout de consistance.

« Le 28, j'augmentai encore le faisceau de deux nouvelles bougies, ce qui en portait le nombre à seize.

« Quelques jours après, je remplaçai ce faisceau de fines bougies par une seule, nº 27, et je commençai à faire des scarifications assez profondes sur les deux viroles. Je les répétai plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, et même j'eus recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent.

« Malgré l'emploi de ces différents moyens, je ne pus parvenir qu'à faire introduire au malade une sonde nº 32, qu'il portait à demeure dans l'urètre; mais dès qu'il restait douze heures sans l'avoir, il éprouvait de grandes difficultés à la remettre, et n'y parvenait que graduellement.

« Ce fut alors que je crus devoir proposer à M. de S... l'incision de la première virole, qui, seule, offrait de sérieuses difficultés à l'introduction des bougies et rétrécissait le plus le canal. Je pensai que l'opération de la boutonnière faite sur la virole était le seul moyen qui pût désormais nous faire espérer une guérison complète. Cette détermination ayant été approuvée par MM. Lallemand et Foullioy, appelés en consultation, je la pratiquai le 6 juin 1848.

« Le malade ayant été placé sur un lit de sangle, puis chloroformé, d'après son désir, j'introduisis dans l'urètre une grosse sonde élastique courbe nº 33, et j'incisai la première virole en la tenant avec deux doigts de la main gauche. L'insensibilité était complète, en sorte que l'opéré se réveilla sans avoir éprouvé aucune douleur. Je laissai une sonde à demeure dans le canal. Pour tout pansement, j'appliquai sur la plaie une compresse de linge fin et par-dessus une éponge fine et plate, que l'on eut soin de maintenir toujours mouillée, et dont l'eau fut souvent renouvelée. Sous l'influence de ce traitement, la virole se fondit pour ainsi dire, et la cicatrisation fut obtenue promptement et sans le moindre accident.

« L'introduction des bougies, que je conseillai au malade de faire de temps en temps, n'éprouva plus de difficulté au niveau de la première virole ; la seconde seule gênait un peu, mais pas assez pour que l'on put songer à la même opération.

« Depuis cette époque, le résultat s'est maintenu et les fonctions génitales ne sont plus impossibles, comme elles l'avaient été dès le début de l'accident.

« Le 15 juin dernier, j'ai revu M. de S... Il passe facilement des bougies dans l'urètre, et la miction a lieu sans difficulté. »

L'observation qu'on va lire présente un de ces cas difficiles, où toutes les méthodes habituelles échouent, et où il faut recourir à des opérations exceptionnelles. C'est dans les cas de ce genre que la division complète du rétrécissement par le procédé de M. Reybard, trouverait une utile application, et nous ne sommes pas certains que les scarifications qui ont été essayées aient été assez profondes pour le suppléer. Toutefois, l'expérience

n'ayant pas dit son dernier mot sur ce procédé, M. Amussat a préféré recourir à l'ancienne boutonnière, et il a réussi. L'emploi simultané de plusieurs bougies fines est un autre procédé jusqu'ici peu répandu; M. Amussat dit que ces bougies sont mieux supportées que les autres moyens dilatants.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

SUR LE RAPPORT DU SIÉGE DES INFILTRATIONS URINAIRES AVEC LE SIÉGE DE LA RUPTURE URÉTRALE, *par* M. AUGÉ, *interne à l'hôpital de Toulouse.*

On sait quel rôle exagéré et parfois même un peu fantastique les anatomistes ont fait jouer aux aponévroses du périnée dans les infiltrations urinaires. Pour dégager la vérité de ces théories arbitraires, il fallait des faits directs et pertinents, c'est-à-dire où les symptômes fussent contrôlés par l'autopsie. En voici deux de ce genre qu'on lira avec intérêt.

« OBS. I. — André X..., plâtrier, âgé de soixante ans, a eu de nombreuses blennorrhagies qui lui ont laissé des rétrécissements. Depuis treize ans, il n'urine qu'avec le cathétérisme. Dans ces derniers temps il employait une baleine qu'il avait façonnée lui-même. Mais, moins flexible que les sondes ordinaires, elle a fini par opérer une déchirure dans le canal. Le malade a néanmoins continué à se servir du même instrument, mais il n'a pas tardé à ressentir dans le périnée et aux environs de l'anus un empâtement douloureux. Un point fistuleux s'est établi. Au bout de trois ou quatre jours, le malade voyant son mal empirer, se décide à venir à l'hôpital, où il entre dans la soirée du 4 mars 1852.

« Il présente les symptômes suivants: tuméfaction et empâtement considérables de la partie postérieure gauche du périnée; peau luisante, tendue et parsemée de plaques violacées, point fistuleux donnant passage à l'urine qui imprègne les linges du malade, odeur urineuse très-prononcée, douleur vive, fièvre; le malade raconte qu'en se sondant quelques jours avant, il a éprouvé la sensation d'une déchirure dans le canal. C'est à la suite de ce cathétérisme que se sont développés les symptômes que nous venons d'énumérer, symptômes qui, joints aux commémoratifs, rendaient certaine une infiltration urinaire.

« A la visite du matin, M. Dieulafoy a recouru à la méthode énergique préconisée par tous les auteurs : une large incision ayant le point fistuleux pour point de départ, et se prolongeant dans la fesse gauche, a été pratiquée. Elle a donné immédiatement issue à une quantité considérable de liquide purulent à odeur de gangrène et d'urine. Des lambeaux de tissu cellulaire mortifié sont sortis, comme en nappe, de la plaie; quelques lambeaux encore adhérents ont été excisés; un pansement convenable a été appliqué.

« Le lendemain 6, la fièvre avait cédé; les plaies qui avaient donné issue à une grande quantité de suppuration, présentaient un bon aspect.

« Le 7, l'incision est agrandie pour faciliter le dégorgement. On essaie de passer une sonde pour rétablir la lumière du canal; il est impossible de franchir le rétrécissement; la sonde s'engage dans la déchirure.

« Le 8, le malade urine en partie par le canal; l'état général est satisfaisant. Une corde à boyau de deux millimètres est laissée à demeure dans la partie du canal qui permet son introduction, pour tenter la dilatation.

« Le 9, le malade sort brusquement de l'hôpital sans en avoir manifesté l'intention à la visite du matin, et sans qu'on puisse s'expliquer ce caprice. Dix jours après, il est rapporté dans un état déplorable : adynamie, délire, fièvre intense, poumons engoués. On administre vainement les antimoniaux. Le malade succombe le 20 mars, vingt-quatre heures après sa rentrée.

« *Autopsie.* — Les organes génito-urinaires enlevés, nous trouvons la vessie distendue par l'urine. Ses membranes

sont épaissies. Le canal de l'urètre est sain dans la portion antérieure jusqu'à la partie postérieure de la portion membraneuse. Cette dernière portion du canal est le siége d'un rétrécissement de deux centimètres de longueur, qui admet une bougie de deux millimètres. A gauche du rétrécissement se trouve la déchirure qui le longe et vient se terminer en arrière de lui. Les tissus où siége la déchirure sont violacés et comme sphacélés. Au reste, le même caractère de sphacèle se retrouve dans la fesse gauche et dans tous les tissus intermédiaires à la déchirure et à la fistule extérieure; les plaies résultant des incisions sont complétement gangrenées. Les poumons présentent des traces d'engouement, mais insuffisantes pour expliquer les symptômes généraux auxquels le malade a succombé.

« Obs. II.—Louis X.., cordonnier, âgé de cinquante-quatre ans, est entré le 24 février au soir, salle Saint-Lazare, n° 10.

« Ce malade était venu une première fois à l'hôpital, deux mois environ avant sa dernière entrée. Porteur de rétrécissements datant d'une trentaine d'années, il venait réclamer des secours pour un abcès urineux du périnée; l'abcès fut largement ouvert. On allait soigner le malade pour rétablir le cours normal des urines, quand, se croyant suffisamment guéri par la disparition de l'abcès, qui n'était même pas entièrement fermé, il sortit, mais pour rentrer deux mois après avec des symptômes d'une gravité terrible. Voici dans quel état se trouve le malade à la visite du 1er mars. A l'endroit de l'ouverture de l'abcès est un point fistuleux, par lequel s'échappe de l'urine purulente. Toute la portion antérieure du périnée, les bourses, la verge sont rouges, gonflées, phlegmoneuses. Le ventre offre la même tension; l'empâtement phlegmoneux s'étend dans toute la région iliaque droite. Un point gangréneux, large comme une pièce de 2 francs, se montre sur la bourse droite. Comme chez le précédent malade, odeur d'urine et de gangrène, fièvre ardente, langue sèche et rouge.

« Trois grandes incisions sont pratiquées, une au périnée avec la fistule pour point de départ, une autre sur la bourse droite, où se trouve le point gangréneux, la troisième sur l'abdomen, un peu en dedans du pli de l'aine droite. Toutes ces incisions livrent passage à une quantité très-considérable de matière sanieuse à odeur de gangrène. Des masses de tissu cellulaire mortifié s'écoulent par les plaies. Pansement approprié.

« Le lendemain le dégorgement est complet. Toutes ces parties qui, la veille, étaient gonflées, tendues, phlegmoneuses, ont repris leur couleur et leur consistance normales. Les plaies suppurent abondamment; le malade se sent beaucoup mieux; la fièvre a diminué. L'état reste stationnaire pendant trois ou quatre jours. Le 6, le malade urine par le canal, le passage des urines par la fistule est à peu près supprimé. Le 8, on commence à tenter le rétablissement du calibre du canal. La sonde est arrêtée par un premier rétrécissement à 7 centimètres de profondeur. On introduit l'urétrotome, et une incision est pratiquée. Après l'incision, la portion rétrécie est franchie par une sonde de 4 millimètres, qu'un deuxième rétrécissement arrête de nouveau. L'incision du canal amène un gonflement considérable et un écoulement purulent qui sont combattus par des cataplasmes sur la verge et des injections émollientes. Ce double état a cédé au bout de quelques jours, mais il a fallu renoncer pour quelque temps à pratiquer le cathétérisme. L'état du malade est resté à peu près le même pendant plusieurs jours; les plaies paraissaient marcher vers la cicatrisation; mais, le 15 mars, sans que les symptômes locaux aient paru s'aggraver, l'état général a présenté les caractères les plus alarmants. Le malade est tombé dans une prostration complète accompagnée constamment d'une fièvre intense. La peau était chaude et sèche; la langue sèche et rouge; le

malade éprouvait une soif ardente, et se refusait à prendre autre chose que de l'eau glacée. Cet état s'est enfin terminé par la mort, le 26 mars.

« *Autopsie.* — Épaississement considérable de la vessie. Diminution de sa cavité. Dilatation notable des deux urétères. Deux rétrécissements : l'un, le plus considérable, est situé à 7 centimètres du méat ; c'est celui qui avait été incisé ; l'autre est dans la portion membraneuse. Tous les tissus intermédiaires à ces deux rétrécissements sont sphacélés. »

Voici maintenant la théorie que développe M. Augé.

« Le périnée renferme trois aponévroses qui, d'après leur position, sont nommées : supérieure, moyenne et inférieure. Le canal de l'urètre traverse ces aponévroses. Il est aisé de comprendre qu'une déchirure étant donnée, l'infiltration suivra le tissu cellulaire intermédiaire aux deux aponévroses qui limitent la portion du canal où se trouve cette déchirure, sans franchir ces aponévroses qui forment une barrière imperméable au liquide. Il est donc possible, quand on se trouve en présence d'une infiltration, de déterminer le siége de la déchirure, d'après le siége de l'infiltration elle-même.

« Si l'infiltration siége à la marge de l'anus et à la partie postérieure du périnée, on peut localiser la déchirure dans la prostate ou dans la partie postérieure de la portion membraneuse. En effet, dans les déchirures de cette portion du canal, l'urine s'échappe entre l'aponévrose moyenne d'une part, l'aponévrose supérieure et le releveur de l'anus de l'autre. Ces dernières parties empêchent le liquide de remonter du côté du bassin ; il se porte en arrière, envahit le tissu cellulaire du devant du rectum, celui des fosses ischio-rectales, et se propage même dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces cas sont les plus rares ; le premier de nos malades en a offert un exemple remarquable.

« Le siége de l'infiltration est bien différent, quand la déchirure s'est faite dans la partie antérieure de la portion membraneuse ou dans la portion bulbeuse. Notre second malade présente le type de cette infiltration. Dans ces cas là, l'urine arrive dans le tissu cellulaire placé entre les aponévroses moyenne et inférieure. La jonction des deux aponévroses, en arrière du muscle transverse, empêche le liquide de se porter loin en arrrière, et de gagner le rectum et les fosses ischio-rectales, ce qui avait lieu dans la supposition précédente. Au contraire, rien n'empêche le liquide de se porter en avant dans le tissu cellulaire qui double l'aponévrose superficielle, et d'envahir celui du scrotum, de la verge et de la paroi abdominale. Il peut même s'étendre jusqu'aux aisselles, si de prompts secours ne sont apportés au mal. Le raisonnement permet donc de localiser le point de départ de l'infiltration. C'est ainsi que le professeur de clinique nous avait indiqué pendant la vie des deux malades, le siége de la déchirure. L'autopsie est venue confirmer ce qu'il avait avancé. »

Dans cette manière de voir, il n'y aurait que deux variétés de l'infiltration urinaire. Si M. Augé prend la peine de parcourir ce qui a été écrit sur ce sujet, il verra non-seulement que les théoriciens en admettent davantage, ce qui importe peu, mais que les faits ne sont pas tous d'accord avec lui. Toutefois, nous le répétons, ses observations auront leur utilité.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

OBSERVATION DE LUXATION INCOMPLÈTE DU GENOU PAR ROTATION DU CONDYLE INTERNE EN ARRIÈRE ; *par* M. PARIS, *de Gray*.

Les observations de luxations du genou sont si rares, et par suite leur histoire est encore si obscure, qu'il faut les recueillir avec soin lorsqu'elles se présentent, comme des matériaux à mettre en œuvre plus tard. En voici une qui ne trouverait pas de place dans les classifications ac-

tuelles; bien que déjà la science en possède d'analogues. On peut y regretter quelques détails importants ; et l'auteur est bien plus frappé de l'efficacité de sa décoction que de toute autre chose. Pour nous, nous prisons médiocrement la décoction, et le fait en lui-même a une valeur beaucoup plus positive.

Obs.—« Le 23 avril dernier, un de nos amis, M. R. de Charges, voulant s'élancer de voiture pour arrêter son cheval emporté, tomba sur le côté d'une hauteur de 2 mètres au plus. La jambe gauche supporta tout le poids du corps, et la chute fut tellement oblique et forte qu'une luxation *complète* de l'articulation fémoro-tibiale en fut le résultat. Le condyle interne du tibia avait glissé derrière le condyle correspondant du fémur. Le membre était raccourci de 5 à 6 centimètres, et la jambe décrivait avec la cuisse un arc de cercle. Le genou gauche, par suite de ce déplacement, était trois fois plus gros que le droit, et le traumatisme tellement considérable qu'en quelques minutes la cuisse avait doublé de volume; résultat de l'épanchement qui s'étendait jusqu'à la région fessière.

« Nous arrivâmes une heure après l'accident, et procédâmes immédiatement à la réduction. Un aide retenant la cuisse, notre main gauche fortement appuyée au-dessus du genou et repoussant le fémur, la droite étreignant le bas de la jambe, qui n'avait que le volume de l'autre, par un effort de traction énergique nous fûmes assez heureux pour opérer la réduction presque sans douleur. Cette réduction fut annoncée par un craquement cinq à six fois plus fort que pour la réduction de la tête de l'humérus. Le soulagement du malade fut immédiat.

« Quoique les mouvements articulaires pussent dès lors s'exécuter sans grande souffrance, la tuméfaction étant très-grande, nous avions à craindre des accidents inflammatoires toujours très-graves dans ces cas. Le jour même, nous résolûmes d'employer la décoction de quinquina et de ratanhia autour du genou, et sur la cuisse profondément ecchymosée, nous l'avons dit. Ces ecchymoses formaient des cordons du volume du bras, et s'étendaient jusqu'aux muscles fessiers. La jambe n'était guère plus volumineuse que l'autre, et parfaitement droite, car il n'existait aucune fracture ; aussi la flexion et l'extension s'opéraient sans crépitation, sans douleur. Il n'y avait de douleur et de craquement qu'entre les condyles externes du fémur et du tibia, dont les ligaments distendus et déchirés étaient tuméfiés, ainsi que toute cette région latérale externe. C'est là qu'existait le plus de sensibilité à la pression et dans les mouvements.

« Malgré un si grand désordre, les symptômes inflammatoires étaient peu apparents, et sans réaction fébrile, grâce à la prompte réduction de la luxation, grâce aussi à la force physique et morale de notre malade. Après deux ou trois jours du seul emploi de la décoction, nous vîmes commencer la résolution de l'épanchement sanguin du membre. Pour éviter l'ankylose, si fréquente par suite de l'immobilité du membre (comme nous en avons observé un cas dernièrement chez une enfant de six ans), nous fîmes, matin et soir, exécuter à la jambe de légers mouvements d'extension et de flexion.

« Après trois semaines de l'usage de la décoction, la résolution des engorgements était complète ; la tuméfaction du genou était moindre de plus de moitié. Les ligaments, relâchés les premiers jours, regagnaient insensiblement leur leur force et leur élasticité, en perdant de leur engorgement et de leur allongement. Les mouvements étaient alors faciles, sans douleur, sauf les craquements de l'articulation, qui devenaient, aussi, de plus en plus rares. La jambe légèrement tuméfiée, et qui avait été entourée d'un bandage roulé également arrosé de la décoction, était parfaitement droite et de la longueur de l'autre; les ligaments latéraux seuls étaient toujours engorgés et douloureux

à la pression. Nous fîmes, en conséquence, garder encore un repos absolu de vingt jours.

« Au bout de ce temps, la guérison était à peu près complète, sauf toutefois un peu de tuméfaction dans le genou et de faiblesse dans les ligaments ; mais le résultat était tellement satisfaisant, que nous espérions avec le temps et de la prudence prévenir toute espèce de claudication, inévitable pourtant à la suite d'une luxation aussi grave ; et nous nous applaudissions d'un tel succès, quand deux chutes successives, quelques imprudences de régime et d'exercice, faites malheureusement trop tôt, firent perdre en quelques jours le fruit de cette réussite.

« La tuméfaction du genou reparut et persista ; les ligaments tiraillés, distendus et relâchés, n'eurent plus ni la même force ni la même élasticité. Ces accidents, légers en apparence, puisqu'ils ne déterminèrent aucune douleur, suffirent pour maintenir le gonflement, et ramener dans la portion externe de l'articulation assez de faiblesse pour faire dévier la jambe en dedans, et nous engagèrent à placer le genou dans un appareil dextriné. »

L'observation s'arrête là ; il était d'ailleurs assez inutile de la pousser plus loin. On remarquera que l'auteur regarde sa luxation comme *complète*, bien que le contraire ressorte de sa description. Il paraît croire aussi qu'un pareil désordre peut se produire avec un simple relâchement de ligaments; cela n'a pas besoin de réfutation.

(*Bullet. de thérapeut.*)

OBSERVATION DE LUXATION DU GENOU EN DEHORS; *par* M. A. BRUCH.

En voici un autre exemple, mais dans un tout autre sens ; et nous nous bornerons encore à rapporter le fait, réservant pour une autre occasion les déductions à en tirer. Il a été recueilli à la clinique de M. Sédillot à Strasbourg.

Jean-Baptiste Dœrlé, de Villé, âgé de 18 ans, tisserand, peu développé, scrofuleux par suite du séjour dans des ateliers humides et mal aérés, d'un caractère facile et gai. Entré à l'hôpital, il y a quatre ans, pour une hydarthrose du genou droit; traité par les applications de teinture d'iode, il sortit guéri après un séjour de dix-neuf mois. Le malade ayant repris ses occupations, l'affection récidive. Dœrlé rentre à la clinique six mois après sa sortie; même traitement que lors du premier séjour; il sort treize mois après avec une fausse ankylose du genou droit, le tibia repoussé en dedans et le pied tourné en dehors. En marchant, le malade ne peut plus s'appuyer que sur la pointe du pied.

Il y a trois mois et demi, marchant dans un sentier pierreux, il fait un faux pas, et tombe de sa hauteur sur le côté droit; le pied est retenu en dedans et l'extrémité supérieure de la jambe se luxe en dehors. Un officier de santé qui est appelé dès le premier jour, se borne à prescrire le repos sans faire aucune tentative de réduction. Douleurs atroces au moindre mouvement; ce n'est que dans les derniers temps qu'elles ont diminué assez pour permettre au malade de se faire transporter à Strasbourg.

Il entre le 10 juin.

Etat actuel. La jambe fait avec la cuisse un angle ouvert en dedans; genou très-déformé; en dehors forte saillie formée par la tubérosité externe du tibia. Au-dessus existe une dépression remplaçant la saillie du condyle externe du fémur; au dessous du tibia on trouve la tête du péroné. Au côté interne, le condyle interne du fémur fait une forte saillie, et au-dessous de lui un enfoncement existe à la place de la tubérosité interne du tibia. Cette tubérosité se sent dans la profondeur, en rapport avec la face externe du condyle interne du fémur. La rotule est placée très en dehors et paraît recouvrir le condyle externe du fémur. Pied regardant fortement en dedans par sa face plantaire; mouvements impossi-

bles ; chaque tentative est accompagnée de douleurs très-vives existant principalement au côté externe.

Le 13 juin, le malade est chloroformé dans son lit, pour éviter les douleurs du transport. Arrivé à l'amphithéâtre, il est placé horizontalement sur la table. Le tourniquet de M. Elser est appliqué au-dessous du genou, et les cordes attachées aux poulies fixées au mur dans la direction de l'axe du membre afin d'exercer l'extension. Le dynamomètre sert à graduer les efforts ; la contre-extension est faite avec un lacs fixé sur le bassin : des draps ployés en long sont passés l'un autour de la cuisse, l'autre autour de la jambe, et servent à la coaptation. Pendant que l'extension se fait au moyen des poulies, on tire la cuisse en dehors, la jambe en dedans, et la réduction s'opère sans que la traction dépasse 100 kilogrammes. Le genou a repris sa conformation normale ; la rotule est à sa place, la jambe a une bonne direction, les mouvements sont faciles et donnent la sensation de deux surfaces articulaires dépouillées de cartilage. Le membre est placé dans l'immobilité au moyen d'un appareil comprenant trois attelles, une interne, une externe, une supérieure.

Pas de réaction à la suite de l'opération. On enlève l'appareil le vingt et unième jour, et comme on s'aperçoit que la luxation a de la tendance à se reproduire, on ajoute à l'appareil la grande attelle de Desault pour exercer une extension constante ; on enlève cet appareil au bout de trois semaines : le genou a une bonne conformation : les mouvements, très-restreints, ne sont plus douloureux. On se borne à remettre une attelle externe pour maintenir la jambe dans la rectitude.

Le 1er août, l'appareil est levé ; le 15, le malade se lève et marche avec une béquille ; l'ankylose n'est pas complète, il y a un peu de mobilité : la marche ne cause aucune douleur.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Obstétrique.

RENVERSEMENT DE LA MATRICE A LA SUITE D'UN SECOND ACCOUCHEMENT, LIGATURE ET ABLATION DE CET ORGANE ; *par* M. DEROUBAIX.

Obs.—Adèle de M..., âgée de 26 ans, couturière, d'un tempérament lymphatico-nerveux, se présente à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, le 26 septembre 1851.

Accouchée de son second enfant, à Gand, au mois d'avril 1851, le travail de l'accouchement avait duré assez longtemps ; cependant la délivrance s'était opérée sans violences exercées sur le placenta. Huit jours après elle avait vu en se levant, une tumeur faire saillie hors de la vulve ; elle tenta de la repousser dans le vagin, mais inutilement ; et divers médecins soit à Gand soit à Bruxelles avaient employé successivement, et inutilement, le refoulement de la tumeur avec la main et avec différents instruments.

A son entrée à l'hôpital, l'on constate une tumeur pyriforme, d'un diamètre de deux pouces environ, dont la base est en bas et descend jusqu'à l'orifice vaginal externe ; cette tumeur est très-sensible au toucher ; le vagin a sa direction et sa longueur normales ; au fond, le sommet de la tumeur est couronné par un bourrelet circulaire formé par le col de la matrice, du diamètre d'un pouce et d'une épaisseur d'une ligne.—Ce bourrelet est assez régulier, n'est interrompu par aucune fissure, et une consistance molle semblable à celle de la matrice renversée.

La malade rapporte que des exsudations sanguines ont lieu assez fréquemment à la surface de la tumeur utérine ; ces exsudations l'ont jetée dans un état

d'anémie très-prononcé : la peau est pâle; la conjonctive, la muqueuse des lèvres et des organes génitaux sont décolorées; le cœur fait entendre au deuxième temps un souffle qui se répète dans les carotides primitives. Des tiraillements douloureux ont lieu vers les aines, les reins et l'hypogastre.

Tous ces symptômes indiquant un renversement de la matrice, l'on tente à plusieurs reprises et d'une manière prolongée la réduction à l'aide de la main. Ces tentatives produisant de la douleur et n'arrivant à aucun résultat, on a recours à une compression graduelle et continue à l'aide du pessaire de Bonneels. L'application de ce pessaire soulage la malade; mais malgré son emploi prolongé pendant près de deux mois, on ne parvient qu'à faire remonter un peu le fond de la tumeur, sans rien obtenir pour la réduction.

Cependant un régime ferrugineux et analeptique, combiné avec le repos au lit, avait ranimé la malade et amélioré considérablement son état; quand, le 2 décembre, une hémorragie utérine considérable la replongea dans un état d'anémie plus prononcé que jamais. Elle s'en remit encore, bien qu'avec peine; mais, le 10 janvier, une nouvelle hémorragie se déclara pendant la nuit, continua le 11, s'arrêta le 12, reprit légèrement le 14; et finalement reparut le 19 et le 20 avec une telle intensité qu'il fallut recourir au tamponnement.

Le 23, le tamponnement fut enlevé. Mais ces pertes de sang sans cesse renouvelées, l'impossibilité de les prévenir, l'impuissance des traitements rationnels et des manœuvres employées pour ramener l'organe en place, tout faisait présager une fin prochaine. M. Deroubaix, se fondant sur plusieurs cas de succès obtenus par la ligature de la matrice dans des circonstances analogues, s'étayant surtout sur l'exemple récent d'un chirurgien anglais qui a pratiqué heureusement cette opération, se décida à tenter l'application de ce moyen extrême de guérison.

L'opération fut pratiquée le 28. La matrice était réduite, par suite des hémorragies, à la grosseur d'une poire ordinaire. M. Deroubaix appliqua la ligature aussi haut que possible sur le corps de l'organe, jusque près de l'orifice interne du col; le lien (formé de trois fils de chanvre et de trois fils de soie bien cirés et réunis en cordelette) fut serré au moyen du treuil qui termine inférieurement le porte-ligature à polypes ordinaire, jusqu'à ce que la femme accusât de la douleur.

Une demi-heure après la ligature, douleur excessivement vive dans le bas-ventre, occasionnant une syncope suivie de vomissements. Cet état cependant s'améliore un peu.

2 *heures après-midi.*—Nouvelles douleurs, tiraillements dans les aines, vers le fondement, et anxiété considérable. Au bout d'une heure, la malade ne pouvant plus résister, la ligature est un peu desserrée. Calme immédiat; le reste de la journée et la nuit suivante, la malade ne ressent plus que quelques élancements dans le bas-ventre. Pouls petit et misérable, elle refuse la nourriture. On donne un peu de vin et une potion tonique.

29 *et* 30 *janvier.* La malade est assez tranquille, elle souffre peu; point de hoquet ni de vomissements, point de sensibilité dans l'abdomen. Elle prend un peu de nourriture. Injections de propreté.

31 *janv.* La malade a bien dormi. Sécrétion utérine fétide et décolorée. Comme il n'y a point eu de selles depuis six jours, lavement suivi de défécation; plus tard envies d'aller à selle, légers tiraillements dans les cuisses, état général bon. La ligature est un peu serrée; ce resserrement occasionne des douleurs très-vives dans l'abdomen et les cuisses; ces douleurs menaçant d'amener une syncope on relâche un peu la ligature. Soulagement instantané; potion calmante; après quelques cuillerées, la malade refuse la potion; vomissements répétés dans la journée après chaque

ingestion de boissons ou d'aliments.

1er *fév.* La malade a assez bien dormi; tiraillements vers le rectum, plus d'envies d'aller à la selle. Le toucher ne constate pas de changement dans la partie de la matrice liée; trois lavements avec quinze gouttes de laudanum dans la journée; refus d'aliments.

2 *fév.* On serre la ligature et on continue les lavements laudanisés.

3 *fév.* Les tiraillements dans le bas-ventre continuent; sécrétion peu abondante et fétide. Bouillons; trois lavements laudanisés. On serre la ligature.

4 *fév.* Nuit bonne; après le réveil les douleurs du rectum et des cuisses reviennent; figure bonne, légère appétence; bouillons et viandes blanches: on serre la ligature; trois lavements laudanisés.

5 *fév.* Nuit bonne, état général très-satisfaisant, la figure exprime le repos et le calme; elle est moins bouffie et la peau moins pâle; plus de tiraillements dans le rectum ni dans les cuisses. On serre la ligature; trois lavements laudanisés; bouillons et viande blanche.

6 *fév.* Nuit bonne; point de douleurs; la matrice est encore sensible au toucher; suintement continu; on serre la ligature: douleurs et tiraillements dans le bas-ventre et les cuisses; trois lavements laudanisés dans la journée. La malade repose jusqu'à neuf heures du soir; alors s'étant fatiguée à parler elle est prise de vomissements; à onze heures le calme revient; repos jusqu'au matin.

7 *fév.* Point de douleurs ni de tiraillements; écoulements de sérosité noirâtre et fétide; on serre la ligature; la matrice est encore sensible et diminue de volume; trois lavements laudanisés, calme dans la journée et la nuit suivante.

8 *fév.* Nuit bonne; point de douleurs; l'injection entraîne des matières noirâtres et fétides. On ne serre pas la ligature; la malade demande instamment de la soupe à la bière qu'on lui accorde et qu'elle vomit; lavements laudanisés.

9 *fév.* Nuit calme. Point de douleurs, la malade désire du café, on le lui permet. Le toucher constate encore de la sensibilité dans la matrice, où le doigt plonge comme dans du putrilage.

A dix heures du matin, plusieurs tours du treuil sont faits à la ligature; douleur croissant à mesure qu'on serre... On entend un craquement; cri de la malade, rupture de la ligature.

La douleur produite immédiatement après la rupture de la ligature devient atroce. Le malade dit n'avoir jamais rien ressenti de semblable; vomituritions, syncope imminente. M. Deroubaix craint qu'en réappliquant une nouvelle ligature, il ne vienne à briser quelques adhérences et à aggraver ainsi l'état de l'opérée; il se borne donc aux lavements laudanisés et aux cataplasmes sur le ventre; frictions sur le front avec le vinaigre.

Nous ne suivrons pas maintenant jour par jour le reste de l'observation. La malade résista encore quelques jours; mais, vers le 14, elle fut prise d'une angine pultacée, et parut succomber principalement à la suffocation dans la nuit du 19 au 20 février.

Nécroscopie. — 21 février. Epanchement purulent avec fausses membranes dans le petit bassin et le flanc droit. Le reste du péritoine est parfaitement sain. Les environs de l'épanchement sont le siége d'adhérences qui l'isolent complétement du reste de la cavité abdominale.

La ligature de la matrice avait produit par le resserrement des ligaments larges une espèce de plancher renfermant les ligaments et les ovaires.

Le rectum est tiré à droite et en avant.

Une ouverture de la grosseur d'une plume à écrire met en communication le vagin avec la cavité péritonéale.

Il n'y a plus de matrice; seulement au fond du vagin reste le col, ce qui indique que la ligature avait été appliquée sur l'orifice interne du col de la matrice.

Le vagin est sain, sa position et sa direction sont normales.

Les poumons, le foie, et les reins sont sains, mais anémiques.

L'intérieur de la bouche est tapissé de concrétions pultacées. Ces concrétions s'étendent dans l'œsophage jusqu'au cardia, et bouchent presqu'entièrement cet organe.

Ce résultat est triste sans doute ; mais vu l'état de la malade, l'opération était suffisamment justifiée. Seulement l'ablation de l'utérus une fois arrêtée, la ligature était-elle préférable au bistouri, en respectant les couches les plus voisines du péritoine, comme M. Malgaigne a depuis longtemps conseillé de le faire? M. Coveliers, qui a recueilli l'observation, allègue que les symptômes qui ont immédiatement suivi la ligature ne se rapportaient point à une péritonite, mais au tiraillement exercé sur les ligaments larges (phénomènes nerveux) ; et que les phénomènes de la péritonite locale ne se sont déclarés qu'après la rupture de la ligature. Cela ne prouve pas grand'chose à notre avis.

M. Deroubaix pense qu'en y mettant le temps, en serrant très-peu à la fois la ligature, et surtout en administrant suffisamment et pendant assez longtemps les préparations sopiacées pour que les intestins restent dans l'immobilité et se trouvent ainsi placés dans les circonstances les plus favorables à la cicatrisation, il pense, dis-je, qu'en s'entourant de ces précautions, la ligature a beaucoup de chances de succès, surtout quand le renversement est ancien. Et M. Coveliers ajoute que, dans le cas qui précède, la guérison aurait eu probablement lieu si la ligature, en venant à se rompre, n'avait permis à l'air et aux matières putrides de s'insinuer dans la cavité abdominale. Nous ignorons ce qui aurait eu lieu ; l'expérience a même déjà prouvé que la ligature n'est pas toujours mortelle ; mais la gravité même des phases par lesquelles a passé la malade pendant qu'on serrait le lien n'est véritablement pas faite pour encourager.

(*Presse méd. belge.*)

Pharmacologie.

EXPÉRIENCES RELATIVES A LA QUESTION DE SAVOIR S'IL CONVIENT DE PRÉFÉRER, POUR L'USAGE MÉDICAL, LES TÊTES DE PAVOTS MURES OU LES TÊTES VERTES ; *par* M. BUCHNER aîné.

On sait que les pharmacopées anciennes recommandent toujours l'emploi des têtes mûres du *papaver somniferum* pour la préparation du sirop diacode.

On s'est assuré, par de nombreuses observations, de l'efficacité de cette préparation. J. A. Murray prétend, dans son *Apparatus medicaminum,* qu'un extrait de têtes de pavots produit, à dose égale, des effets doublement intenses que l'opium.

MM. Tilloy, Winckler et Merck ont découvert la cause de cette efficacité des têtes de pavots mûres. Les deux derniers observateurs ont trouvé que 52 onces de ces capsules renferment de 18 à 30 grains, c'est-à-dire plus de 1 pour 100 d'alcaloïdes.

Dans l'extrait alcoolique des têtes de pavots à semences bleues. M. Winckler a trouvé de la morphine, de la narcotine, beaucoup de narcéine, mais pas d'acide méconique.

L'usage des têtes de pavots vertes pour la préparation du sirop diacode n'est recommandé que par les pharmacopées modernes, sans que cette prescription puisse être justifiée par des raisons tirées de l'expérience et de l'observation des faits.

Quand on récolte les capsules huit ou dix jours après la chute des pétales et qu'on les sèche ensuite, elles ont, après la dessiccation, un goût mucilagineux et douceâtre plutôt qu'amer, tandis que les têtes de pavots complétement mûres développent immédiatement par la masti-

cation un goût extrêmement amer. Cette observation préalable a porté M. Buchner à penser que les têtes de pavots mûres renferment une plus forte proportion d'alcaloïdes que les têtes de pavots vertes, qui perdent d'ailleurs une partie de leur suc au moment où on les coupe.

Sans vouloir communiquer ici en détail les expériences auxquelles M. Buchner s'est livré, nous ferons observer simplement qu'il croit pouvoir déterminer la richesse en alcaloïdes d'un extrait de têtes de pavots en précipitant les alcaloïdes par l'iode. Pour cela, il ajoute à l'infusion aqueuse, faite à une douce chaleur et neutralisée préalablement avec un peu d'ammoniaque, de l'iodure ioduré de potassium.

Le poids de la combinaison iodurée qui se précipite est plus considérable pour l'infusion des têtes de pavots mûres que pour l'infusion de têtes de pavots vertes, et cela dans la proportion de 158 à 100. Il conclut que les têtes de pavots mûres doivent être préférées pour la préparation du sirop diacode, quoiqu'il soit incontestable que les têtes vertes contiennent du méconate de morphine, et qu'elles fournissent une plus grande quantité d'extrait.

(*Ann. der Chem. und Pharm.*; et *Journ. de pharm. et de chim.*)

BULLETIN CLINIQUE.

HOPITAL CIVIL DE CAMBRAI. — M. Cambray.

Observation sur un accouchement terminé par l'opération césarienne; par M. le docteur Cambray, *chirurgien de l'hôpital civil de Cambrai* (*Nord*).

Obs. — La nommée Rosalie Parmentier, habitant Proville, village des environs de Cambrai, était âgée de trente-six ans lorsqu'elle entra à l'hôpital. Elle était d'une constitution éminemment lymphatique; elle logeait dans une de ces pauvres chaumières de village, maison malsaine, humide, privée d'air et de lumière. Rachitique depuis son enfance, sa colonne vertérale était racourcie par diverses courbures; son tronc, enchâssé entre ses deux hanches, dont l'une plus haute que l'autre la faisait se balancer en marchant. Cependant, mariée à l'âge de vingt-trois ans, elle devint en six années trois fois enceinte, et eut, à son dire, trois accouchements qui ne présentèrent que peu de difficultés; ses enfants vécurent, et le troisième, qui a maintenant trois ans, se porte fort bien. Depuis la naissance de ce dernier, cette femme dit avoir senti ses forces diminuer au point de ne pouvoir plus, dans les derniers temps, sortir de sa maison, parce que sa démarche devenait de plus en plus mal assurée. Cependant, elle redevint encore enceinte pour la quatrième fois; mais pendant cette dernière gestation, et à mesure qu'elle avançait, elle devenait de plus en plus impotente; elle ne pouvait plus qu'à grand'peine se traîner de son lit à sa chaise, où elle demeurait à filer toute la journée. Enfin, le terme de sa délivrance étant arrivé, elle fit appeler la sage-femme qui, après avoir pris connaissance de son état, se récusa. Il fallut envoyer chercher un médecin accoucheur à la ville, et ce fut notre honoré confrère M. le docteur Ruelle qui, à sa première investigation, reconnut l'impossibilité de terminer cet accouchement par les voies ordinaires, et, sans faire aucune tentative, surtout envisageant l'état de dénûment de cette pauvre famille, conseilla de solliciter de suite l'admission de la malade à l'hôpital de la ville, s'offrant non-seulement d'en faire les démarches, mais même de payer de sa bourse le coût des journées qu'elle y passerait, si on l'exigeait. Cette proposition acceptée, elle fut donc

apportée de suite. Ayant été prévenu d'avance, j'avais tout préparé pour la recevoir ; elle arriva vers deux heures de l'après-midi, et, placée sur un lit convenablement arrangé, en présence de plusieurs de nos confrères que le hasard avait rassemblés, nous prîmes d'abord connaissance de son état.

Son pouls, assez agité, battait 90 à 100; elle éprouvait, depuis la nuit précédente, quelques douleurs passagères ; son ventre, volumineux, pendait sur ses cuisses en forme de besace ; on sentait assez les mouvements de l'enfant, et la matrice paraissait se contracter assez fortement; les membres inférieurs étaient infiltrés. Le toucher nous fit reconnaître, ainsi que notre confrère nous l'avait annoncé, un rapprochement extraordinaire des branches sous-pubiennes, au point que l'arcade qu'elles forment n'existait plus, et ne laissait entre elles qu'un interstice où l'indicateur ne pouvait pénétrer ; si l'on cherchait à l'introduire vers la région recto-vaginale, on rencontrait le coccyx recourbé ; en pénétrant plus loin, au lieu du col de la matrice, on arrivait sur un corps dur : c'était la saillie sacro-vertébrale. Après une telle investigation, il nous fut démontré que la seule ressource qui nous restait était la gastro-hystérotomie, et d'une voix unanime elle fut arrêtée.

Tout ayant été, comme je l'ai dit, préparé, nous procédâmes de la manière suivante :

Une incision longitudinale sur la ligne blanche, qui partait de 3 à 4 centimètres au-dessous del'ombilic et s'arrêtait à la même distance du pubis, fut pratiquée; par un second temps, j'ouvris dans la même direction le péritoine avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt, et une troisième incision, faite avec les mêmes précautions, ouvrant le corps de la matrice, nous permit de voir à l'instant le fœtus. Il était dans ce que l'on appelle la seconde position du siége, c'est-à-dire, sa face s'appuyait latéralement sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et son siége répondait à la cavité cotyloïde droite. Cette position, dans un accouchement naturel, aurait offert déjà quelques difficultés, pour peu qu'il y eût eu quelque gêne dans le bassin. Nous retirâmes donc cet enfant, qui était d'un volume assez considérable, et qui, par ses cris, ses mouvements, nous donna tous les signes d'une vie et d'une conformation vigoureuse ; les secondines vinrent aussi par la même voie. Nous vîmes aussitôt la matrice se contracter sur elle-même. Pendant que nous nous emparions des bords de la plaie abdominale pour les rapprocher, la masse intestinale qui était remplie de gaz fit irruption au dehors, et ce ne fut pas sans peine que nous réussîmes à la replacer ; enfin, une suture selon l'art fut pratiquée, soutenue par des bandelettes agglutinatives, et un bandage de corps approprié termina le pansement. Le lit étant débarrassé des linges maculés, la malade fut replacée convenablement. Pendant tout le temps que dura cette grave opération, elle avait conservé tout son sang-froid, et n'avait pas proféré une seule plainte ; son pouls, aussi fort, avait seulement diminué de vitesse, quoiqu'elle n'eût perdu que très-peu de sang. Malgré le vide que pouvait faire l'extraction de l'enfant, du placenta et des liquides qui s'évacuèrent lors du premier temps de l'opération, (car, outre l'infiltration des membres abdominaux, le ventre contenait une certaine quantité d'eau), il ne diminua pas de volume ; les gaz que contenait le tube intestinal étaient probablement la cause de l'amplitude qu'il conservait.

Nous visitâmes la malade quelques heures après; elle était calme et fort contente d'être débarrassée; elle n'avait pas de fièvre, et son pouls avait encore diminué de vitesse; elle dormit passablement pendant cette première nuit. Le lendemain, même état. La superficie du bandage fut renouvelée. Le troisième jour, elle demanda des aliments qui lui furent refusés ; les lochies avaient pris leur cours par les voies naturelles. Le quatrième jour, l'appareil fut complétement renouvelé; le

ventre restait toujours tuméfié, sans pour cela être douloureux, même au toucher. Vers le cinquième jour, la fièvre se fit sentir; la sanie qui salissait le bandage prit une odeur fétide, ainsi que les lochies qui avaient toujours continué de couler; il y eut alors un peu d'affaissement général, et le pouls monta à 120. Vers le septième jour, le facies, qui jusque-là avait peu changé, commença à s'altérer; le pouls diminua de force et devint filiforme; une sueur visqueuse et froide vint annoncer une fin prochaine; et le huitième jour au soir, elle expira sans agonie et sans avoir accusé de douleur, même à la région de la plaie abdominale.

Le lecteur doit bien penser que nous étions fort curieux de connaître d'une manière certaine la vraie cause de l'obstacle qui nous avait forcés à en venir à cette grave opération, obstacle d'autant plus extraordinaire qu'il n'avait pas toujours existé, puisque cette femme, trois ans auparavant, avait mis au monde un enfant bien portant, et venu presque sans difficulté. L'autopsie devenait donc pour nous d'une nécessité absolue, et ce fut vingt-quatre heures après son décès que nous y procédâmes.

Voici ce que nous avons observé :

L'abdomen était encore tuméfié, quoique moins rénitent; il formait encore la besace; la plaie, quoique cicatrisée par places, avait des écartements qui donnaient issue à un liquide sanieux qui répandait une forte odeur de gangrène; les intestins, encore remplis de gaz, adhéraient entre eux par de fausses membranes et baignaient dans un liquide sanio-purulent; enfin, une entéro-péritonite portée au plus haut degré, avait envahi tous les organes contenus dans cette cavité; l'utérus avait à peu près le double de son volume normal, et l'incision par laquelle on avait extrait le fœtus n'avait au plus que trois centimètres d'étendue; elle était béante et ne présentait pas de trace de cicatrisation commençante.

Le bassin, séparé du tronc et des fémurs, nous présenta tout ce que nous avions reconnu au toucher : ischions très-rapprochés l'un de l'autre, absence presque complète d'arcade sous-pubienne, saillie extraordinaire du sacrum dans la cavité pelvienne, et enfin changements dans tous les diamètres des détroits et des cavités. Pour le dire en passant, ce bassin, à l'état normal, devait être de petite dimension; les déformations qu'il a subies seront examinées successivement dans chacune de ses parties.

Le sacrum, dont les pièces semblent avoir subi l'une sur l'autre un tassement énergique, est beaucoup plus concave que d'ordinaire; les trous sacrés sont presque effacés et fort allongés transversalement; sa partie supérieure a été projetée en avant et en bas, c'est-à-dire enfoncée dans la cavité pelvienne, de telle sorte que la facette sacro-vertébrale, à l'état normal sur le même plan que le détroit supérieur, est à plus d'un centimètre au-dessous; l'aileron droit semble avoir été fortement tordu, et c'est la face supérieure du corps de la première lombaire qui se trouve presque dans le plan du détroit supérieur.

Les ligaments sacro-iliaques ont cédé en partie dans ce mouvement, mais les parois du grand bassin s'y sont prêtés plus que tout le reste, en se pliant à angle aigu suivant une ligne à peu près verticale allant de chaque articulation sacro-iliaque à la crête de l'os des îles; le quart postérieur des fosses iliaques se trouve ainsi regarder directement en avant. Des articulations sacro-iliaques aux éminences pectinées, ces fosses sont normales, le détroit supérieur régulier; mais en avant des éminences indiquées, les branches pubiennes décrivant des courbes concaves en dehors et opposées par leur convexité, vont, au lieu de former un cintre, se réunir à angle très-aigu par une surface fort étroite qui n'est autre que le bord et les ligaments postérieurs de la symphyse qui s'est, on conçoit comment, ouverte à la manière d'un livre. Or, si nous avons toujours présent que la base du

sacrum est projetée en avant dans la cavité pelvienne, nous saisirons sans peine, dans son ensemble, la figure du détroit supérieur, justement comparée à un *cœur de carte à jouer*. Chaque moitié latérale du détroit, prise isolément, décrit un *S* renversé, au lieu d'une demi-circonférence. Les cavités cotyloïdes regardent presque complétement en avant, et leur axe s'est rapproché de l'horizontale dans la même mesure que l'axe du bassin de la verticale, ce qui s'explique fort bien par la double brisure du détroit supérieur aux points indiqués.

Quelques mots sur lesdiamètres de ce détroit, dont l'évaluation pourra être rapprochée des normales. Le diamètre antéro-postérieur présente rigoureusement 8 cent. 7; mais seulement 4 cent. 6, si on fait abstraction de la pointe du *cœur*, laquelle admet à peine le doigt. Les diamètres obliques, de 9 à 10 centimètres, rigoureusement parlant; le transverse, qui en compte 11, sont tous interrompus par la saillie du promontoire dans l'excavation, saillie telle que l'angle sacro-vertébral, au lieu de se trouver à 6 ou 7 centimètres en arrière de la ligne fictive représentant le diamètre transversal, la laisse à 1 ou 2 centimètres derrière lui, ce qui réduit en réalité le détroit supérieur à une ouverture en fer à cheval, à convexité antérieure et de 3 à 5 centimètres de largeur.

Si cette disposition si bizarre en apparence trouve, comme nous le pensons, une explication naturelle dans l'action de la pesanteur sur une ceinture osseuse frappée d'ostéomalacie, les déformations du détroit inférieur peuvent être considérées comme la conséquence nécessaire, le résultat mécanique des premières. Les parois antéro-latérale et postérieure seules ont été déformées; sur les latérales, comprenant certaines parties déjà désignées, la cavité cotyloïde, l'épine sciatique et l'ischion ont gardé leurs rapports respectifs; mais du rapprochement des branches pubiennes horizontales tendant au parallélisme, il résulte nécessairement pour les branches descendantes du pubis et ascendantes de l'ischion, outre une légère torsion sur leur axe, des courbures anormales pour user l'excès actuel de longueur résultant du rapprochement des ischions entre eux. L'arcade pubienne se trouve ains réduite à une ouverture ovalaire de 1 cent. 6 dans sa plus grande largeur, de 3 millimètres à peine en descendant vers les ischions, dont les extrémités antérieures, distantes de 1 cent. 1/2, commencent en réalité le détroit inférieur. Le diamètre transverse, à la partie moyenne de ces apophyses, est de 4 centimètres, et de 6 à 7 à leur partie postérieure, puis il va diminuant jusque vers le coccyx. Ce dernier est distant de la partie inférieure de la symphyse de 10 cent. 4; mais en deçà du point le plus rétréci de l'arcade pubienne, ce diamètre sera seulement de 6 à 7. Tous les diamètres obliques varient entre 5 et 5 cent. 3.

Enfin, les dimensions de la cavité pelvienne ont elles-mêmes subi des variations, peu marquées pour les parois antérieure et latérales, à la vérité; mais la paroi postérieure n'a que 8 centimètres de hauteur, et le diamètre antéro-postérieur 10 centimètres au lieu de 12 ou 13.

Cette pièce pathologique, que je conserve à l'état sec, pèse deux tiers de moins qu'un autre bassin de même dimension; elle est presque toute diploïque; la substance compacte a toute disparu; elle est fort mince et parsemée d'érosions que l'on prendrait pour des nécroses.

Ainsi, le rachitisme, le ramollissement des os avait continué et même augmenté quand la constitution de cette femme était arrivée à son summum de force; mariée à vingt-trois ans, elle met au monde, en six années, trois enfants bien portants dont elle accouche facilement; à trente-six ans, un quatrième arrive, il est empêché par une difformité osseuse qui ne date réellement que de trois ans, puisqu'à cette époque elle a pu mettre encore facilement au monde son avant-dernier. Sans doute les conditions hygiéniques dans lesquelles vivait cette malheureuse mère ont

dû contribuer à entretenir cette prédisposition ; et, cependant, il est d'observation que si le rachitisme attaque les jeunes filles à l'âge de puberté, le bassin conserve souvent sa forme normale, quand les autres parties osseuses éprouvent des déviations; il est peu de praticiens qui n'aient fait cette remarque en accouchant des femmes contrefaites.

C'était, depuis deux ans environ, la troisième fois que j'étais appelé à faire cette opération, mais c'était pour des cas différents, et plutôt dans l'intérêt des mères ; car nous savions d'avance que les enfants n'existaient plus. Pourtant, nous eûmes la douleur de les voir périr ; aussi, les conditions dans lesquelles elles étaient ne nous offraient pas d'heureuses chances. Cependant, l'une d'elles survécut vingt-huit jours après l'opération; la plaie abdominale était tout à fait cicatrisée; elle mourut d'une gangrène du vagin, lequel, probablement, avait été fort contus par les manœuvres que l'on avait exercées en cherchant à la délivrer par les voies ordinaires.

Malgré les déceptions fréquentes qu'entraîne avec elle une opération où tant d'organes essentiels à la vie se trouvent compromis, je soutiens, avec beaucoup de mes confrères, que, dans bien des cas, on ne doit pas balancer; mais que, pour obtenir quelques chances de succès, il faut, après avoir bien reconnu les causes qui nous forcent à en venir à ce moyen extrême, s'y décider avant d'avoir pratiqué aucune manœuvre, enfin avant d'avoir fatigué la malade par des essais intempestifs, ou par une temporisation souvent aussi meurtrière, qui prouverait plutôt de la timidité, même de l'incurie, que de la prudence.

PUPILLE ARTIFICIELLE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS EN 1841 ; PERTE DE LA VISION DIX ANS APRÈS PAR SUITE D'UNE CAUSE TRAUMATIQUE ; *nouvelle restauration de la pupille en* 1851. — *Sept opérations sur le même œil ; succès définitif ;* par le docteur S. FURNARI.

Annette Piot, d'Auxonne, âgée de 19 ans, me fut adressée en 1841, par M. le professeur Moreau. Cette malade essentiellement lymphatique avait perdu entièrement la vision par suite d'ophthalmies strumeuses et d'iritis. Dans l'œil gauche, la pupille avait disparu presque entièrement; on ne remarquait au centre de l'iris qu'un petit point grisâtre du volume d'une pointe d'aiguille. Dans l'œil droit la pupille, très-déformée, était entièrement obstruée par une fausse membrane de couleur nacrée et très-épaisse ; la malade distinguait le jour de la nuit ; c'était naturellement l'œil qui offrait quelques ressources. M. le professeur Velpeau pratiqua l'opération ; la pupille fut en grande partie dégagée par le détachement de la fausse membrane et l'abaissement du cristallin ; la vision revint immédiatement ; mais au bout de vingt jours quelques détritus du cristallin, de sa capsule et d'anciennes fausses membranes, obstruèrent de nouveau la pupille, et nécessitèrent une nouvelle opération, qui, malgré les efforts du savant chirurgien de la Charité, fut suivie d'atrophie du globe et de perte totale de la faculté visuelle. La malade, sortie de l'hôpital, confia à mes soins son œil gauche, qui se trouvait comme je l'ai déjà dit dans de plus mauvaises conditions que le droit; car il fallait faire une ouverture à l'iris, détruire les fausses membranes et abaisser le cristallin.

Les accidents consécutifs de l'œil droit m'engagèrent à ne faire des tentatives sur l'œil gauche qu'en plusieurs temps et avec beaucoup de prudence. Dans l'espoir que le cristallin de cet œil ne serait pas opaque, et voulant par conséquent le ménager dans sa manœuvre opératoire, j'ai fait passer une aiguille à travers la cornée et par la chambre antérieure, j'ai appliqué la partie convexe de la lance sur la partie centrale de l'iris; en poussant le manche de l'instrument d'arrière en

avant, j'ai enfoncé la lance dans l'iris en la faisant passer entre la partie postérieure de cette membrane et la capsule antérieure du cristallin couverte de fausses membranes; en poussant l'aiguille vers l'extrémité opposée j'ai pratiqué la contre-ponction; ensuite, par un mouvement de va-et-vient et de haut en bas du tranchant inférieur de l'aiguille, j'ai obtenu une solution de continuité, une espèce de lambeau encore adhérent à la partie supérieure et externe. A l'aide de la pointe de l'aiguille, le petit lambeau a été accroché et détaché en grande partie; j'ai obtenu ainsi une ouverture plus que suffisante pour permettre aux rayons lumineux de pénétrer dans le fond de l'organe; une portion de la fausse membrane était enlevée; le cristallin offrait une teinte grisâtre : aussi la malade a vu immédiatement, mais comme à travers un grand brouillard.

Au lieu de continuer la manœuvre opératoire, j'ai fait le pansement de l'œil et j'ai pratiqué immédiatement une saignée. La résolution des couches opaques du cristallin n'ayant pas eu lieu, j'ai été forcé un mois après d'en pratiquer le broiement. La malade a pu distinguer la forme des corps, se conduire un peu; mais il lui était impossible de lire même le titre d'un journal. A l'aide d'une troisième opération, la nouvelle pupille fut entièrement dégagée des détritus du cristallin et de quelques petits fragments de fausse membrane encore adhérents à l'iris; la malade quelques jours après vit parfaitement et put lire à l'aide de lunettes à cataracte. Ce résultat fut constaté par M. Velpeau et par les membres de la Société médicale du neuvième arrondissement.

L'aiguille dont j'ai fait usage dans ces différentes opérations était celle de Luzardi ou, pour mieux dire, de Baratta, à laquelle j'ai fait subir les modifications suivantes : 1° La lance est courbe au lieu d'être droite. Afin d'empêcher le chevauchement des deux branches, j'ai fait pratiquer le long de la tige fixe une petite rainure destinée à recevoir la tige mobile. La branche fixe a l'encoche en convexité; et la branche mâle ou mobile a l'encoche en concavité, de sorte que lorsqu'elles se touchent on peut sortir l'instrument de l'œil sans accrocher; 2° enfin j'ai fait disparaître la lourdeur du manche métallique de l'instrument en renfermant le ressort dans une tige d'ivoire (1).

Le résultat sus-indiqué n'a eu que dix années de durée; car, en janvier 1851, la malade ayant heurté l'œil contre un meuble, il s'ensuivit une violente inflammation qui remit tout en question; l'iris est redevenu malade, la pupille s'est rétrécie de nouveau, et la sécrétion de lymphe plastique, qui finit par s'organiser, l'obstrua entièrement. La malade revint à Paris au mois de mars 1851; l'œil offrait tous les caractères d'une ophthalmie chronique; après quelques soins préliminaires, j'ai pratiqué une nouvelle opération; mais cette fois-ci, n'ayant pas à ménager le cristallin puisqu'il n'existait plus, j'ai employé la corectomie d'après la méthode de Wenzel, en excisant l'iris sur place. La pupille obtenue était presque ronde, d'un très-beau noir, et très-étendue; je craignais même qu'elle ne fût trop grande, car l'opérée était fortement éblouie par le moindre rayon de lumière. Mais quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je vis huit jours après, malgré l'usage de la belladone, la pupille se rétrécir graduellement et se souder de nouveau par une couche intermédiaire de lymphe plastique! Nouvelle opération par le procédé de Beer (excision de l'iris entraîné au dehors); nouvelle récidive : seulement après cette seconde opération la pupille est restée assez étendue, mais toujours obstruée par de nouvelles fausses membranes.

---

(1) Aujourd'hui les modifications apportées à cet instrument et l'instrument lui-même ont moins d'importance, car notre nouvelle *aiguille-pince*, qui est d'ailleurs d'une manœuvre plus facile et d'une application plus générale, le remplace avantageusement dans tous les cas. (*Note de M. Furnari*)

Afin de modifier la prédisposition *plastique* de l'œil, avant de faire de nouvelles tentatives opératoires, j'ai voulu soumettre cet organe à l'application continuelle d'un collyre ioduré; des frictions iodurées ont été faites en même temps aux tempes; la malade faisait déjà usage depuis plusieurs mois d'iodure de potassium à l'intérieur; n'ayant plus à toucher à l'iris, je me suis borné, à l'aide de l'aiguille sus-indiquée, à pratiquer une ouverture au centre de la fausse membrane; mais dès que j'ai voulu en saisir les fragments, la résistance fut telle que l'iris suivait la membrane anormale, et qu'il en résultait un commencement de décollement irien en haut. Forcé de cesser la manœuvre afin d'éviter la formation de deux pupilles, je n'ai obtenu, quinze jours après un dégagement complet de l'ouverture pupillaire qu'en faisant différentes petites brèches dans la fausse membrane; leur résolution complète ne se fit pas longtemps attendre, et la vision fut rétablie après *sept opérations*, sans compter les deux tentatives qu'on avait faites à l'œil droit.

La patience exemplaire de la malade et mes efforts persévérants seront-ils couronnés d'un succès définitif et durable? Tout porte à le croire, car l'opérée, partie de Paris vers la fin d'août 1851, m'a écrit elle-même dernièrement que sa vue se fortifiait de jour en jour.

Les opérations heureuses de pupille artificielles sont tellement nombreuses et fréquentes, que de nouveaux faits ne mériteraient même pas d'être signalés s'ils ne fournissaient des inductions pratiques de quelque intérêt. Et d'abord, pourquoi pratiquer sept opérations lorsqu'une seule eût probablement suffi? La réponse à cette question se trouve suffisamment formulée dans l'historique que j'ai fait de la maladie. Je ne crois pas qu'il soit au pouvoir du médecin d'empêcher les exsudations plastiques et l'adhésion plus ou moins prompte des surfaces de l'iris à la suite des opérations qu'on pratique sur cette membrane. Le rôle de l'opérateur ne se borne qu'à modifier l'état d'inertie des facultés résorbantes de l'œil chez des constitutions essentiellement lymphatiques; c'est ce que j'ai fait par les application topiques d'iodure de potassium. Cette préparation a-t-elle contribué à diminuer l'état plastique des humeurs et des membranes de l'œil? A-t-elle facilité le succès définitif de l'opération? C'est possible, et je regrette de ne pas avoir eu l'idée d'employer ce topique dès le début; mais, pour que l'iodure de potassium puisse avoir une certaine action sur l'œil, il est nécessaire de l'employer à des doses assez fortes; or, l'état phlegmasique de l'œil chez la malade qui fait le sujet de cette observation n'aurait pas pu supporter un collyre fortement stimulant.

Quant au mode opératoire lui-même, pouvait-on, par le choix plus rationnel d'une autre méthode, arriver à un résultat plus prompt et plus sûr? Je ne le pense pas, car j'ai fait alternativement la corétomie et la corectomie selon les difficultés que j'ai rencontrées et les accidents qui sont survenus. J'avoue que j'aurais pu, en pratiquant une ouverture à l'iris, abaisser en même temps le cristallin; c'est ce que conseillent la plupart des chirurgiens, c'est ce que j'ai écrit moi-même ailleurs; mais j'ai déjà dit que, chez une malade encore très-jeune, je pouvais espérer que le cristallin ne fût pas opaque; et d'ailleurs n'est-il pas plus convenable et plus prudent de faire l'opération en deux périodes différentes? Ne diminue-t-on pas ainsi les chances de l'inflammation? Cela est d'autant plus important qu'ordinairement on ne pratique l'opération de la pupille artificielle que lorsque l'un des deux yeux est entièrement perdu Or, tout l'espoir du médecin et du malade se bornant aux faibles ressources d'une opération très-grave en elle-même, on ne saurait prendre trop de précautions pour arriver tôt ou tard à un résultat heureux; qu'importe une opération de plus ou de moins! *Non citò et jucundè, sed tutò*, sera désormais mon guide pratique sur cette matière.

Loin de moi de vouloir établir ici une règle constante, ou une base de généra-

ralité thérapeutique concernant les nombreux cas qui indiquent la formation d'une pupille artificielle; mais il y a des faits qui ont une signification réelle, et l'observation qui précède me paraît de ce nombre.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE L'ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE; *par le docteur* SESTIER.

Depuis plusieurs années déjà, M. Sestier a entrepris un travail important et fort étendu sur *les maladies rapidement mortelles en elles-mêmes ou par accidents*. Ce travail, dont le titre, au moins original, indique suffisamment le but et la tendance, se composera d'une succession de monographies relatives aux affections aiguës les plus redoutables de l'âge adulte aussi bien que de l'enfance, et qui font si souvent dans la pratique le désespoir des médecins les plus expérimentés.

Cette série de traités spéciaux ne pouvait mieux commencer que par l'histoire détaillée de cette affection terrible, connue assez généralement sous le nom d'*œdème de la glotte*, auquel M. Sestier propose de substituer une dénomination plus exacte et plus en rapport avec la nature, le siége et les variétés de l'affection, celle d'*angine infiltro-laryngée*. Et, en effet, ce n'est point un œdème de la glotte; car le siége constant de la lésion n'est pas aux bords de la glotte, mais bien au pourtour de l'orifice supérieur du larynx. Ce n'est point non plus une *angine laryngée œdémateuse*, comme le voulait Bayle, car souvent, ou du moins quelquefois, c'est du sang ou du pus qui constitue la matière infiltrée. Quoiqu'il en soit de ces diverses expressions, l'auteur entre immédiatement en matière par un historique détaillé, dans lequel il passe en revue les travaux anciens dont les descriptions lui semblent présenter quelques points d'analogie avec la maladie dont Bayle a le premier tracé l'histoire à peu près complète en 1808.

Conformément à l'usage généralement adopté maintenant, M. Sestier commence l'histoire proprement dite de la maladie par l'anatomie pathologique. La méthode ancienne nous a toujours paru préférable, qui plaçait, au contraire, la description des lésions cadavériques après l'étude des causes, des symptômes, du traitement, etc. Il est, en effet, plus logique, à notre point de vue, de dire le résultat de l'examen de l'homme malade, avant de décrire ce que l'on rencontre sur le cadavre. Ce chapitre est traité avec un soin tout particulier, et contient une foule de détails intéressants, que l'on chercherait en vain dans les travaux publiés antérieurement sur le même sujet. Cependant, nous nous permettrons ici une légère critique qui peut, du reste, s'appliquer au livre tout entier. M. Sestier est un élève de l'école numérique, et peut-être abuse-t-il un peu trop des procédés favoris de cette école. Sans rien ôter aux descriptions de leur intérêt, et malgré les garanties d'authenticité qu'ils ajoutent au fond du livre, garanties superflues pour ceux qui connaissent M. Sestier, les chiffres dont est hérissé le texte rendent parfois un peu fatigante la lecture du traité que nous avons sous les yeux. Certes, nous sommes loin d'être ennemi de la méthode numérique; mais nous en redoutons l'abus, qui finirait souvent par produire la monotonie, sans rien ajouter à l'instruction du lecteur ni à la valeur du livre.

L'étiologie comprend l'influence sur la production de l'infiltration laryngée, d'abord des maladies aiguës inflammatoires de la gorge, cause la plus fréquente; puis des maladies autres que celles de cette région; l'influence de l'âge (18 à 35 ans), du sexe, des saisons, etc. Pour ce chapitre, comme pour le suivant qui traite de la symptomatologie, de la marche et de la durée, nous ne pouvons que

rendre justice à la perfection, si nous osons ainsi dire, du travail de M. Sestier.

Le diagnostic de l'infiltration laryngée n'est pas toujours facile. Le plus souvent, il n'y a que des probabilités, et c'est seulement par la réunion de plusieurs caractères que l'on peut arriver à la connaissance presque certaine de la lésion. Beaucoup d'auteurs ont nié la possibilité d'arriver par le toucher au siége même du mal; un très-petit nombre ont admis le contraire : M. Sestier est de ces derniers. Il reconnaît la nature des signes fournis par l'étude des circonstances qui ont présidé au développement de la maladie, par sa marche, les troubles fonctionnels qu'elle détermine, etc. Mais c'est surtout au toucher des replis aryténo-épiglottiques qu'il attache une grande importance. « Ce dernier mode d'exploration, dit-il, quand il réussit, non-seulement fournit des renseignements précis, mais il les donne *à l'instant même.* » Ce toucher, qui pour être efficace, doit être pratiqué avec méthode, avec attention, et surtout avec une connaissance exacte des parties, n'est pas, au dire de M. Sestier, excessivement difficile, et il y insiste avec le plus grand soin. Nous ne sommes pas en mesure par nous-même de nous prononcer sur la valeur réelle et sur la facilité d'exécution de ce moyen ; nous nous contenterons donc de recommander aux praticiens la lecture et la méditation de tout ce qui y est relatif.

Après avoir dit quelques mots de la nature, le plus souvent, mais non toujours, *inflammatoire* de l'angine infiltro-laryngée, l'auteur arrive au traitement, le point le plus important de son œuvre. Un traitement énergique par les émissions sanguines, les purgatifs et surtout les vomitifs, peut avoir et a eu en effet d'heureux résultats dans quelques cas, en faisant en quelque sorte avorter la maladie. Il est bien entendu que ces agents varieront suivant le point de départ et la nature de la maladie. Mais, en général, il conviendra d'attaquer le mal le plus directement possible. Ainsi l'on aura recours avec avantage à l'application topique de l'alun en poudre, à celle d'une solution de nitrate d'argent plus ou moins concentrée ; pour cette solution, M. Sestier reconnaît qu'elle doit encore être expérimentée avec soin avant de prendre définitivement place dans le traitement de l'angine infiltro-laryngée. La compression directe des bourrelets aryténo-épiglottiques, qui a réussi quelquefois, peut être employée surtout dans l'affection légère ; mais n'aurait pas, à elle seule, une bien grande efficacité.

La plus sûre méthode consiste en l'emploi de scarifications des bourrelets eux-mêmes, opération moins difficile qu'on ne pourrait le supposer, et pour laquelle M. Sestier propose deux instruments ingénieux, un scarificateur coudé, et une pince appelée *presso-scarificateur*, munie de petites lames destinées à ponctionner les bourrelets. Enfin, la bronchotomie et l'introduction de la sonde laryngienne rendront aussi parfois des services, lorsque l'on n'aura pu atteindre directement le siége du mal, et que le patient sera menacé de suffocation.

Dans la dernière partie de son traité, l'auteur passe en revue les principales variétés de l'angine infiltro-laryngée, dont il donne en détail quelques exemples.

Nous avons fait, et c'était notre devoir, quelques légères objections à M. Sestier. Nous devons maintenant, en terminant ce compte-rendu, lui accorder les éloges les plus mérités pour le soin avec lequel a été traité le sujet si difficile dont il avait entrepris d'écrire la monographie. Les recherches ont dû être longues et pénibles, l'observation ardue et des plus délicates. Il en sera récompensé par le succès que ne peut manquer d'obtenir le mérite réel et incontesté de son ouvrage.

D.-A. Foucart.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.—16 *août.*—*M. Blandet* adresse une note *sur le chlorure de baryte,* comme moyen de conserver le sang. L'hyposulfate de soude mêlé avec du sang, au contact de l'air, le maintient liquide et noir; mais le sang sentait mauvais au bout de quinze jours. Le chlorure de zinc le maintient sans odeur, mais en le précipitant. Le chlorure de baryte le conserve à la fois liquide et inodore; et M. Blandet pense qu'on pourrait se servir de ce sang ainsi rendu imputrescible pour injecter les corps qu'on voudrait embaumer.

30 *août.* — *M. Guyon* adresse une note *sur les moyens propres à faire cesser immédiatement les douleurs de l'ophthalmie purulente.* Il pense que ces douleurs sont occasionnées par les glissements des paupières sur l'œil, et le frottement de leurs vaisseaux engorgés. Pour éviter ce frottement, il veut qu'on glisse entre le globe et les paupières des disques en ivoire de forme appropriée. Il y ajoute de la terre à foulon réduite en poudre, dont on verse une pincée dans l'œil entr'ouvert; ce dernier moyen suffit même seul dans les cas peu graves.—Sans juger définitivement ces deux moyens, il semblerait beaucoup plus simple, si la cause des douleurs était telle que le veut M. Guyon, de tenir les deux yeux fermés et immobiles.

6 *septembre.* — *M. L. Corvisart* propose de nourrir les sujets qui ne peuvent plus digérer, en leur faisant avaler, soit du suc gastrique liquide ou desséché, pris sur des animaux; soit des aliments humectés ou saupoudrés de suc gastrique, soit enfin des aliments déjà digérés par leur infusion préalable dans du suc gasttrique.

Académie de médecine. — 24 *août.* — *M. Dubois d'Amiens* lit un discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Dizé, membre de la section de pharmacie, mort à l'âge de 88 ans.

—L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre le rapport de M. Robert, parlant au nom de la commission du prix d'Argenteuil. La commission propose de décerner le prix, d'une valeur actuelle d'environ 12,000 francs, à M. Reybard de Lyon, comme auteur du perfectionnement le plus considérable apporté à la thérapeutique des retrécissements de l'urètre. Après une courte discussion, l'Académie a adopté.

On sait que le procédé de M. Reybard consiste à pratiquer à l'intérieur de l'urètre et sur le rétrécissement une incision longue et profonde qui comprend toutes les enveloppes de l'urètre, moins les téguments. Il a été nettement spécifié, dans le rapport et dans la discussion, que l'Académie approuvait ce procédé pour certains rétrécissements fibreux ou inodulaires, rebelles à tous les autres moyens; et nullement comme une méthode générale. Le traitement ordinaire des rétrécissements reste donc ce qu'il était auparavant; seulement quand tous les moyens ont échoué, le procédé de M. Reybard apporte une ressource de plus.

31 *août.* — *M. O. Henry* lit trois rapports officiels sur des eaux minérales; il propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation, 1° de deux nouvelles sources sulfureuses découvertes à Cauterets; 2° d'une source acidule alcalino-terreuse et ferrugineuse, à la Veyrasse (Hérault); 3° d'une source salée iodo-bromurée à Roucas-Blanc (Bouches-du-Rhône).—Adopté.

— *M. Pâtissier* lit un rapport officiel sur un Mémoire de M. Lambron intitulé: *Etudes comparatives sur la thermalité et la sulfuration des sources des Pyrénées.* La commission propose de répondre au ministre que ce travail est plein d'intérêt, et que l'auteur mérite des encouragements.—Adopté.

— *M. Leblanc* lit des *Recherches sur le cancer des animaux.*

7 *septembre.* — *M. Nadaud*, négociant à Tonneins (Haut-Garonne), annonce qu'il a déposé chez un notaire une somme de 3,000 francs, qu'il met à la disposition de l'Académie, pour être donnée en prix au médecin qui aura fait le meilleur cours public d'*hygiène populaire* en vingt-cinq leçons écrites, à partir d'octobre prochain jusqu'en mai 1853.

— *M. Danyau* fait un rapport sur des bouts de seins en gutta percha, qu'il déclare inadmissibles.

— L'ordre du jour appelle la discussion *sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis.*

M. Velpeau parle vivement en faveur de cette contagion. — *M. Lagneau* soutient la même opinion dans un discours écrit qu'il n'a pu achever.

14 *septembre.* — La discussion a continué dans cette séance. — *M. Lagneau* a achevé son discours. — *M. Ricord* a répondu. — *M. Velpeau* a réclamé la parole pour la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

La *Gazette médicale de Toulouse* publie les deux anecdotes suivantes, qui ne sont pas propres à donner une bien haute idée du savoir de certains praticiens :

« Dans le village de Layrac (Lot-et-Garonne), existait, il y a environ deux ans, un nommé M. M..., distingué surtout par l'originalité de ses costumes et l'étrangeté de ses manières, depuis longtemps devenues proverbiales dans le pays. M. M...., d'abord tambour-maître dans le 9e régiment de ligne, s'était engagé, plus tard, au service d'un arracheur de dents ambulant ; c'était lui qui, au moyen d'un vigoureux roulement de tambour, étouffait les cris de la victime. Plus tard encore, s'étant fait dentiste lui-même, il arriva, Dieu sait comme, à se pourvoir d'un diplôme d'officier de santé ; ne sachant, du reste, ni lire, ni écrire, et signant son nom avec beaucoup de peine. Ayant eu un voyage à faire dans le chef-lieu du département, il reçut des lettres de recommandation pour M. Louis F...., spirituel journaliste qui, ayant bientôt jugé son homme, se plaisait à lui faire étaler sa science devant de nombreux amis. L'ancien tambour-major baptisait intrépidement le tibia, *tibiar*, et considérait la *bourrache miellée*, comme une famille botanique ; mais voici un échantillon infiniment plus intéressant de sa capacité anatomique :

— Combien y a-t-il de muscles dans la tête ? demandait M. Louis F....

— 360.

— Vous vous trompez, il y en a 361.

— Il n'y en a que 360.

— Eh bien ! nommez-les.

— Ce sont : la *dure-mère*, la *pie-mère*.....

— Et la douce-amère, s'écrie M. Louis F....

— C'est vrai, répond notre candide anatomiste, j'avais oublié celui-là. »

« Dans un village de la Haute-Garonne existe un autre praticien, jeune, et qui ne devrait pas avoir oublié encore ce qu'il a appris sur le banc des écoles, si jamais il s'y est trouvé. Il ordonna dernièrement à une malade, chez laquelle il voulait associer les astringents et les toniques, une potion composée d'acide tannique et d'un oxyde de fer. Ce qui devait arriver ne manqua pas. Ces deux substances

mises en présence l'une de l'autre se combinèrent, et la potion fut convertie en encre. La malade ne voulant pas boire ce liquide, fit immédiatement appeler le médecin. Celui-ci, d'abord stupéfait du résultat imprévu de sa formule, voulut rejeter la faute sur le pharmacien qui avait préparé le médicament, et avisant sur le flacon l'étiquette où sa formule était répétée, il s'emporta contre le pharmacien, qu'il traita d'ignorant et d'imbécile ; j'avais ordonné, dit-il, *acide tannique quelques gouttes*, et il a mis la même quantité de grammes, voilà d'où vient l'erreur ! Force fut au pharmacien de faire circuler un échantillon d'acide tannique pour prouver aux bons paysans qu'on ne pouvait administrer par gouttes un médicament solide. »

— Dans une défense de la doctrine anthropologique de Montpellier, écrite avec une verve toute juvénile, M. Lordat rapporte une anecdote sur Barthez, qui devra rester comme un trait de caractère. Les *Nouveaux éléments de la science de l'homme* avaient peu réussi à Paris ; et nous devons dire, pour notre compte, que nous ne trouvons pas à cet endroit le jugement de Paris trop mauvais. Vingt ans plus tard, les ouvrages de Bichat furent reçus avec un empressement que nous regardons encore comme pleinement justifié ; mais tel n'était pas l'avis de Barthez.

« Son indignation était grande ; mais elle se rapportait non au vainqueur, mais aux juges. Se trouvant dans une grande ville de province, il fut un jour témoin auditeur d'un propos qui devait l'humilier. Dans une réunion d'hommes lettrés qui parlaient de sciences, se rencontra un vieux chirurgien qui avait longtemps enseigné l'anatomie humaine et la physiologie de Bordenave, et qui ne manquait ni de lecture ni de zèle, mais dont l'intelligence n'allait pas jusqu'à comprendre les *Nouveaux éléments de la science de l'homme*. Les *Recherches sur la vie et la mort* et l'*Anatomie générale* l'avaient enchanté, et il ne cessait d'en louer l'auteur. Entre ses éloges, il s'écria avec emphase : *Aujourd'hui nous le regardons comme le roi des physiologistes*. Alors Barthez, un peu piqué, s'adresse au panégyriste d'un air inquiet : — *Est-ce que Bichat est borgne?* — lui dit-il..... Le bonhomme répond naïvement : — *Je ne l'ai pas ouï-dire*, — ne songeant pas que la question partait d'un esprit convaincu que les électeurs d'un pareil roi ne pouvaient être que des aveugles. »

Que l'Ecole de Montpellier fasse peu de cas des propriétés vitales de Bichat, elle trouvera aujourd'hui, nous le pensons, peu de gens pour la contredire ; mais qu'elle juge tout Bichat sur une théorie aventureuse, n'est-ce pas s'exposer un peu aussi au reproche d'aveuglement?

— Un décret du 12 août a créé une École préparatoire de médecine et de pharmacie à Lille. Les professeurs sont : MM. Garreau, Brigaudat, Fabre, Cazeneuve, Parise et Lestiboudois.

— Le choléra qui sévissait depuis quelque temps en Pologne semble tendre à se rapprocher de nous. Aux dernières nouvelles, plusieurs villes de la Prusse orientale étaient envahies ; et l'épidémie paraît d'une violence extraordinaire. On dit qu'à Dantzick les 4/5 des sujets atteints ont succombé.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

SOCIETY OF MEDICAL LONDON

OCTOBRE 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Etude sur les maladies du pancréas; par M. le docteur **Moyse**, *d'Etain* (1).

M. Bernard a fixé définitivement, et d'une manière positive, les fonctions du pancréas, en montrant, par des expériences nombreuses et variées, que le fluide pancréatique diffère essentiellement des sécrétions salivaires, et qu'il est destiné spécialement à opérer la digestion des matières grasses neutres. M. Bernard a trouvé le moyen de détruire le pancréas, en injectant, dans le conduit pancréatique, de la matière grasse. La matière glandulaire se combine avec la graisse; il se forme un noyau, et ce noyau est résorbé; au bout de quinze jours, il n'y a plus de pancréas.

J'ai répété souvent ces expériences; voici ce qu'on observe. Les animaux (chiens) sont voraces, maigrissent. Le caractère essentiel, c'est qu'ils rendent les matières grasses telles qu'ils les ont prises. Ils rendent les excréments comme à l'ordinaire, mais tout autour, il y a un cadre de graisse qui se fige sur la pierre. Il faut nous arrêter à ce dernier caractère, c'est sur lui que va rouler la [illegible]ie pathologique; c'est ce fait que je vais saisir et donner comme [illegible]tôme des affections du pancréas.

(1) Extrait de sa Thèse inaug. : *Etude historique et critique sur les fonctions et les maladies du pancréas*; Paris, 1852.

Il n'est pas général pourtant ni commun à toutes les altérations. Quand il s'agit d'une pancréatite aiguë, les malades atteints de fièvre sont ordinairement, pour ne pas dire toujours, privés de nourriture; mais, dans les cas de pancréatite chronique, l'alimentation suit son cours; les malades peuvent se nourrir; alors on aperçoit nettement ce phénomène; les malades digèrent les autres substances, mais pas les aliments gras.

C'est là le point nouveau : jamais ceux qui se sont occupés des maladies du pancréas avant moi ne l'ont étudié avec cette liaison physiologique.

M. Fauconneau-Dufresne, en 1851, dans son remarquable *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*, cite des observations de Pujol, de MM. Mojon et Mérat, où de la matière grasse s'est retrouvée dans les fécès; ces observations sont considérées sous un autre point de vue que le mien.

Je rends hommage aux travaux de ceux qui m'ont précédé, MM. Mondière, Schamckpfeffer, Percival, Bécourt, et tant d'autres; mais on ne peut plus admettre aujourd'hui la moindre analogie entre le pancréas et les glandes salivaires, comme fonction ou relation sympathique. Ils ont pu, à cause de la conformation extérieure, de l'aspect du tissu, et même quant à la présence de culs-de-sacs glandulaires et d'acini, trouver de l'analogie; mais alors il faudrait identifier à ces glandes la glande mammaire, la glande lacrymale. Nous trouverons pourtant des différences dans les éléments anatomiques; et, du reste, quand même la composition anatomique serait identique, cela ne prouverait rien, ne permettrait de tirer aucune conséquence, puisque dans les glandes salivaires, entre lesquelles on retrouve une analogie un peu plus grande, M. Bernard a prouvé qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre; la cause d'excitation de l'une n'agit plus sur les autres. Pincez le lingual, par exemple, chez un chien, la sous-maxillaire sécrète seule. Je puis citer, à l'appui des caractères négatifs que je donne pour la relation des glandes salivaires et de ce qu'ils appellent, si mal à propos, *la glande salivaire abdominale*, une expérience que j'ai faite bien souvent. Si on place des tubes d'argent dans le canal de Stenon, de Warthon, et le conduit pancréatique, quelque abondante que soit la sécrétion de la salive, jamais, jamais celle du suc pancréatique ne la suit dans ses variations en plus ou en moins.

M. Bécourt (*loc. cit.* p. 74), résumant les caractères de la pancréatite, dit : « Une salivation copieuse s'établit; le suc pancréatique remonte par l'œsophage, en même temps que la sécrétion salivaire est augmentée, etc. » C'est [illegible]e dans une phrase tout ce que la théorie abstraite peut enfant[illegible]

Je ne m'occuperai donc que de ce seul symptôme pathologique, qui est le véritable : présence de matières grasses dans les fécès.

Voilà bien une preuve de plus pour montrer combien la physiologie peut éclairer la pathologie, et combien surtout c'est le propre des dé-

couvertes réelles en physiologie, d'expliquer les faits jusque-là restés inconnus ou regardés comme exceptionnels.

Je diviserai les observations que j'ai pu recueillir en trois groupes.

Dans le premier, les caractères sont nettement tranchés, l'autopsie s'ajoute aux phénomènes perçus pendant la vie.

Dans le deuxième, il n'y a pas de certitude aussi grande, à cause d'observations incomplètes.

Dans le troisième, on retrouve les caractères de la maladie qui nous occupe, mais pas d'autopsie.

PREMIER GROUPE.

Obs. I. *Discharge of fatty matter from the dovels and contracted state of the duodenum* (1).

M. A. B..., âgé de 48 ans, mourut le 17 avril 1832; il avait été pendant longtemps sujet à des symptômes de dyspepsie. En juin 1831, il eut quelques symptômes d'ictère; mais c'est vers le milieu de 1832 qu'on observa, pour la première fois, dans les matières fécales, une matière huileuse ou graisseuse, jaune foncé, de la consistance du beurre. Cette matière surnageait, se figeait à la surface de l'eau, comme du suif ou de la graisse fondue; elle se fondait à une chaleur modérée, était très-combustible et brûlait avec une flamme d'un bleu vif. Quand elle sortait des intestins, elle était presque fluide; mais, à mesure qu'elle se refroidissait, elle prenait la consistance du beurre, et quelquefois celle de la cire; elle continua à sortir pendant sept semaines avec plus ou moins d'abondance. Un jour, elle couvrit à peu près tout le fond du vase de nuit; elle ne s'aplatissait pas, exactement comme si c'eût été de la graisse que l'on aurait coulée à l'état liquide. Parfois, elle était mêlée aux matières fécales, ordinairement les matières étaient distinctes. Elle variait tantôt de couleur, de consistance; pourtant sa coloration habituelle était jaune. Quand cette matière était mélangée aux évacuations alvines, elles devenaient d'une coloration plus foncée, mais elles ne présentaient jamais celle des matières fécales colorées par la bile et sécrétées par un individu sain. Quand la matière grasse n'apparaissait plus, les garde-robes devenaient pâles, couleur terre de pipe; mais elles reprenaient toujours leur coloration foncée, à l'apparition de la matière grasse. Dans la dernière semaine de la vie du malade, plus de matière grasse; et, pendant tout ce temps, les garde-robes reprirent leur couleur blanche terre de pipe.

Quelle était la source de la matière grasse? Le médecin anglais avoue qu'il est impossible de le dire avec certitude; pourtant lui et le docteur Gutterbluck pensent que c'est une sécrétion morbide du foie. Deux autres médecins, qui avaient vu le malade, étaient aussi du même avis.

Autopsie.—Immédiatement au-dessous du pylore, on trouve une tumeur dure, formée principalement par une partie du duodénum, la tête du pancréas, quelques glandes absorbantes, et du tissu cellulaire condensé. Le duodénum avait contracté avec le conduit cholédoque une si grande adhérence, qu'il était impossible d'y introduire la plus petite pipette. La plus grande portion malade était la partie pos-

(1) By E. A. Lloyd, cité par Elliotson (*Medico-chirurgical transactions of London*, t. XVIII, année 1833).

térieure de l'intestin, celle qui est en connexion avec la tête du pancréas. Aucune altération ne fut observée dans le reste du canal alimentaire.

Le pancréas, à cette partie qui est en rapport avec le duodénum, avait subi un léger degré d'induration, comme s'il avait été enflammé. *Son conduit, à sa terminaison au duodénum, était complétement bouché* (*its duct was completely obstructed*) (1). Dans le reste de son étendue, il était plus large qu'à l'état ordinaire, et contenait un fluide brunâtre, d'une teinte jaune, ressemblant un peu à la matière grasse au moment où elle sortait de l'intestin; il s'échappa au moment où le conduit fut ouvert, ce qui les empêcha de l'examiner plus particulièrement.

Le foie était plus grand, et son bord dépassait de beaucoup le cartilage des côtes; la vésicule biliaire était distendue.

La structure du foie n'avait pas subi d'altération remarquable. Le docteur Lloyd ajoute que ceci rend compte du peu de trouble de la circulation et de l'état général pendant la durée de la maladie.

Les autres viscères étaient sains.

Obs. II (1).—W. P..., âgé de 45 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas. Quelque temps après son admission, il s'est plaint de vives douleurs dans l'abdomen et dans le dos; il eut la diarrhée. Les douleurs ressenties pendant la défécation étaient bornées au côté gauche, et s'étendaient de la dernière côte à la région iliaque. Bientôt elles devinrent très-vives dans la portion dorsale de la colonne vertébrale; quelquefois, surtout vers l'abdomen, elles étaient intolérables, et, malgré l'administration de quelques grains d'opium, elles étaient constantes. Il était courbé en deux dans son lit, position qui semblait lui procurer du soulagement.

Les gardes-robes étaient souvent pâles; le docteur anglais y découvrit une certaine quantité de substance jaune, comme une huile concrète; mise sur le feu, elle brûlait avec une flamme vive. Le malade continua à rendre plus ou moins de ces matières jusqu'à la mort. Quelquefois pourtant on n'aperçevait pas de matière grasse; d'autrefois, elle s'écoulait involontairement en grande quantité.

Au moment de la sortie de l'intestin, elle était liquide, et après elle se figeait sur les matières fécales; dans une autre occasion, on trouva du sang mélangé aux substances huileuses.

Après sa mort, sa femme apprit que longtemps avant, il eut des hémorragies intestinales pendant douze mois, qu'une matière comme du beurre se montra dans ses garde-robes, puis la perte du sang cessa.

La quantité de graisse, disait-elle, était énorme, surpassait de beaucoup celle qu'on voyait au moment de son admission à l'hôpital, et ce n'est qu'après que l'hémorragie a été remplacée par la déjection huileuse qu'il s'est plaint de douleurs.

Les docteurs Prout et Furradouy ont été convaincus de la nature huileuse de cette substance. Le premier n'a pas pu distinguer de différence entre elle et la matière grasse humaine, séparée de ses membranes par la chaleur.

Quoique les douleurs aient cessé au commencement d'avril, la quantité de graisse rendue devint énorme (*inconsidérable*); il mourut complétement épuisé, le 15 avril.

Autopsie.—Tous les intestins étaient d'une couleur jaunâtre et graisseuse, comme s'ils avaient été plongés dans de l'huile. De nombreux points noirs existaient sur

---

(1) La pièce est conservée au musée Saint-Barthelemy à Londres.

(2) Docteur Elliotson, *On the discharge of fatty matter* (*Med.-chirurg. trans. London*, obs. XII).

quelques parties de la membrane muqueuse, comme ceux que l'on remarque fréquemment après la fièvre et la diarrhée chronique.

Le canal alimentaire ne présentait aucune autre altération ; le foie était sain (*the liver was healthy*) ; la vésicule biliaire remplie de bile épaisse et noire. *Le conduit pancréatique et ses plus grandes branches étaient remplis de calculs blancs.*

Les reins étaient sains, les poumons tuberculeux.

Obs. III (1).—Un homme de 40 ans avait vu ses forces diminuer par des hémorragies intestinales dans les treize dernières années de sa vie.

Dans les trois dernières surtout, ces hémorragies avaient été très-graves, s'étaient accompagnées d'une grande sensibilité à l'épigastre, et avaient alterné avec la diarrhée ; les fonctions de l'estomac s'exécutaient d'une manière satisfaisante. Au mois de décembre 1836, après avoir travaillé toute la journée dans une cave humide, cet homme fut pris de symptômes fébriles, de douleurs et de constipation opiniâtre, suivie, quelques jours après, de diarrhée. Les évacuations alvines ne contenaient pas de bile, mais seulement une grande quantité de sang, et la sensibilité à l'épigastre était excessive. Quinze jours après, on nota, pour la première fois, l'existence de matières grasses dans les fécès.

Depuis cette époque, on les y rencontra toujours jusqu'au mois de mai, où elles disparurent totalement. Il résulte des renseignements donnés par le docteur Gould, que le malade avait environ dix garde-robes par jour, lesquelles contenaient une substance huileuse, transparente, qui se coagulait cinq minutes après, et formait une couche dure à la surface.

En examinant, le matin, le vase de nuit, après cinq ou six garde-robes, on apercevait au-dessus d'elles une couche de 1 pouce d'épaisseur, qui avait tout à fait la consistance et l'aspect de la graisse coagulée sur le bouillon de bœuf. Le malade avait remarqué que, depuis six semaines, il rendait au moins 1/2 livre de cette substance par jour ; mais ce qui était positif, *c'est qu'il n'avait ces garde-robes graisseuses que lorsqu'il prenait du bouillon gras ou qu'il mangeait de la viande cuite dans des matières grasses.* S'il s'en abstenait, les garde-robes changeaient d'aspect vingt-quatre heures après ; elles recommençaient s'il reprenait l'alimentation des matières grasses. Après la disparition des phénomènes fébriles, cet homme put reprendre son travail ; mais la douleur et la sensibilité continuèrent et revinrent par accès tous les huit jours ; l'appétit ne tarda pas à se perdre ; enfin, les garde-robes commencèrent à se décolorer, et, dans les cinq derniers mois de la vie, le malade présenta une coloration ictérique très-prononcée.

Vers la fin d'août, on constata l'existence d'une tumeur douloureuse, située à la région épigastrique et dans l'hypocondre droit, et qui s'étendait jusque près de l'ombilic ; le malade continua à se lever jusqu'à la mort. Le 16 septembre, il tomba dans le coma et mourut le lendemain.

Autopsie. — L'autopsie montra une tumeur volumineuse et fluctuante, de forme ovalaire, située au-dessus du lobe droit du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences intimes ; elle était placée entre les intestins et la paroi postérieure de l'abdomen, dépassait un peu à gauche la colonne vertébrale, et avait au-devant d'elle le duodénum qui la contournait ; elle contenait de 10 à 14 onces d'un liquide séro-sanguinolent, sans caillots, peu visqueux, sans apparence de matière grasse.

---

(1) *Anatomical museum of the Boston Society*, p. 147 ; 1847. Extr. des *Archives de médecine*, t. XIX, p. 215.

Elle mesurait 4 pouces sur 4; ses parois avaient de 1 à 3 lignes d'épaisseur, étaient membraneuses, charnues, rougeâtres; on n'y trouvait plus aucune trace du tissu normal du pancréas, cependant elle était évidemment formée par cet organe. Elle contenait de très-petits calculs, semblables à ceux que l'on rencontre ordinairement dans les ramifications du pancréas, et deux de ces petits calculs de 3 à 4 lignes de diamètre, rugueux à la surface, oblitéraient complétement l'ouverture du canal pancréatique dans le duodénum. Ils étaient composés de carbonate de chaux. Le reste du pancréas, c'est-à-dire l'extrémité gauche de l'organe, avait 2 pouces de long, était rétractée, très-dure; le canal pancréatique de cette partie de la glande s'ouvrait dans la cavité du kyste.

Obs. IV (1).—Un commis, âgé de 49 ans, sobre et d'une vie régulière, fut pris, en mars 1827, des symptômes de diabète; je passe tout ce qui ne se rapporte pas au symptôme qui nous occupe. Le 28, le malade commence à rendre par l'anus une grande quantité de matière graisseuse, jaunâtre, ressemblant beaucoup à du beurre qui se serait figé après avoir été fondu; cette évacuation suivait celle des excréments. Le 31, il n'y avait plus d'évacuations graisseuses, mais la faiblesse et l'émaciation firent des progrès rapides; le caractère des évacuations devint mauvais.

Le 8 janvier, les selles graisseuses reparurent; le malade vécut toutefois jusqu'au 1er mars, et mourut dans un épuisement complet.

Autopsie.—L'abdomen contenait plus d'une pinte d'un liquide couleur très-foncée. La vésicule biliaire était distendue par de la bile très-noire; le fond de cette poche faisait saillie en avant, quand on enleva les parois abdominales. Le foie offrait une couleur olive très-foncée, due à l'imprégnation de la bile. Les conduits biliaires étaient considérablement dilatés; le conduit cholédoque était assez large pour admettre facilement le petit doigt. Sa surface interne offrait un aspect alvéoliforme ou réticulé, et se terminait en cul-de-sac dans la substance altérée du pancréas.

La tête du pancréas, réunie aux glandes voisines, formait une masse globulaire dure, autour de laquelle tournait le duodénum, et à laquelle cet intestin, ainsi que le pylore, était solidement adhérent. En deux endroits, où le pancréas et le duodénum étaient agglutinés ensemble par la maladie, se trouvaient deux ulcérations à bords durs et squirrheux, intéressant toute l'épaisseur de l'intestin; l'une d'elles était de la grandeur de 1 schelling, et l'autre n'était pas plus large qu'une pièce de 2 sous. Le pancréas était dur et cartilagineux au toucher; il offrait une couleur jaune et brillante. En incisant le foie, on obtenait une surface qui ressemblait à un beau porphyre vert foncé et grenu; les conduits biliaires dilatés étaient remplis de bile qui s'en échappait quand on les incisait.

L'estomac est légèrement injecté.

La rate n'avait aucune altération de texture; mais sa surface extérieure était rouge, inégale par des dépositions cartilagineuses. Les intestins étaient à peu près à l'état normal; ils avaient perdu de leur transparence, et leur tunique interne était pâle.

Les reins paraissaient sains à l'extérieur; mais la substance tubuleuse était hy-

---

(1) Cette observation et les deux suivantes sont dues à Bright, *Cases and observations connected with disease of the pancreas and duodenum* (*Medico-chir. transactions*, vol. XVIII;—Analysé dans les *Archives gén. de médecine*, 1834, t. IV, p. 482).

pertrophiée, et dans quelques-uns des tubes s'était déposée de la fibrine ou une matière calculeuse.

Obs. V.—Une femme, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital le 19 novembre 1828. Sa peau était fortement colorée en jaune ; elle était considérablement amaigrie ; ses selles étaient de la couleur de l'argile, elle éprouvait de temps en temps de vives douleurs dans les intestins ; son urine était colorée d'une manière remarquable par la bile. Trois mois auparavant, elle avait ressenti dans l'abdomen des douleurs violentes accompagnées de diarrhée ; les aliments étaient rendus sans être digérés. Les douleurs n'avaient pas cessé de revenir par intervalle, lorsqu'elle entra à l'hôpital ; la pression les diminuait. A cette époque, la peau était jaune depuis six semaines.

Quelques jours après, le docteur Bright remarqua que les selles étaient couvertes de petites masses graisseuses, arrondies, plus grosses que des pois ; il les attribua à une dose d'huile de ricin que la malade avait prise, mais celle-ci affirma qu'elle avait rendu des matières semblables sans avoir pris d'huile. Elle languit jusqu'au 16 février de l'année suivante.

Autopsie —Émaciation générale, mais moins avancée que dans beaucoup d'autres cas.

En plaçant la main auprès du pylore, on sentait une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur était constituée non par les glandes voisines, mais par la tête du pancréas, qui formait une masse jaune semblable à un pis de vache bouilli, presque cartilagineux. Son tissu était uniformément dur et résistant ; tout le reste du pancréas participait à cette altération, mais en moindre degré. La tête du pancréas était unie d'une manière inséparable avec le duodénum ; la surface interne de cet intestin était inégale et ulcérée.

L'ulcération avait causé l'érosion de toutes les tuniques. Cette surface, dans l'endroit correspondant au pancréas, était ramollie et suppurait dans une étendue de la longueur d'une petite châtaigne. Au milieu de l'ulcération, un petit corps faisait saillie comme un mamelon, c'était l'orifice du canal cholédoque ; ce canal était encore perméable.

Le foie avait son volume normal ; il contenait plusieurs tubercules arrondis, répandus çà et là, de la grosseur d'un grain de riz à celle d'une noix muscade ; son tissu en général était sain, un peu mou.

La membrane muqueuse de l'estomac était comme spongieuse, d'une texture rougeâtre. Les intestins n'offraient rien de digne d'être noté. La rate était molle, mais saine. Les reins étaient gros et flasques.

Obs. VI. — Jane Davis, âgée de 21 ans, entra à l'hôpital, le 13 juillet 1831, avec un œdème des extrémités inférieures ; il y avait aussi un peu d'eau dans l'abdomen. Sa physionomie exprimait la souffrance, ses lèvres étaient de couleur pourpre, ses joues un peu jaunes. Cette femme avait vécu assez irrégulièrement.

Le 14, évacuation abondante, spontanée, de consistance pultacée, avec absence marquée de bile, et fétide. A la surface du vase de nuit, et, surtout vers les bords, on voyait une écume mince, semblable à une couche de graisse qui se serait rassemblée et figée ; la portion la plus liquide dans le vase était légèrement teinte de sang, quelques portions parurent purulentes.

L'embonpoint diminua de plus en plus ; les selles continuèrent à être copieuses, fétides, d'une couleur d'argile, et recouvertes de pellicules de graisse. La malade mourut le 19 du même mois.

Autopsie.—Tout le corps était manifestement coloré par la bile. On trouva, dans

l'intérieur des intestins, des excroissances fongueuses (*fungoïd*), et des ulcérations qui étaient répandues à intervalles inégaux, depuis le pylore jusqu'au côlon. Les reins étaient sains, l'utérus aussi.

Le pancréas était l'organe le plus malade. Il formait une masse dure près de sa tête, puis une portion de sa substance était saine ; il présentait une autre tumeur également dure près de la rate, et enfin il se terminait par une portion saine, peu étendue, de telle sorte qu'il était occupé par deux tubercules fongoïdes, qui intéressaient les deux tiers de sa substance. Ces masses dégénérées avaient fait disparaître la disposition lobulaire de la glande.

Aucun des auteurs, dans les observations citées, ne sait à quoi rattacher ce symptôme : présence des matières grasses dans les fécès. Bright seul, en éliminant successivement les caractères fournis par les maladies, se renferme dans cette limite : le symptôme est probablement causé par une affection cancéreuse de la portion de pancréas qui avoisine le duodénum, et par l'ulcération de même nature du duodénum ; puis, il termine son Mémoire en se hâtant de dire qu'il est loin lui-même de croire certain ce qu'il vient d'avancer.

Pour nous, dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons présenter ces observations comme types, comme caractères essentiels des affections chroniques du pancréas. L'autopsie vient surtout à l'appui.

Ce sont des expériences accidentellement produites par la maladie, et qui correspondent, autant que possible, aux expériences que nous avons instituées sur les animaux.

DEUXIÈME GROUPE.

Obs. I.—M. Pearson (1) a montré une pauvre femme qui avait des déjections huileuses ; elle avait ordinairement la diarrhée, et de grandes douleurs précédaient les évacuations ; les fécès étaient pâles et dépourvues d'odeur ; elle rendait journellement deux onces de graisse et une once d'huile, mais la quantité d'huile variait considérablement.

Autopsie.—On ne trouva aucune trace de lésion dans l'appareil alimentaire, dans les organes urinaires ; le foie était sain dans sa structure, très-gros et pâle, dépourvu de bile, ainsi que la vésicule biliaire, qui contenait un mucus épais et graisseux peu inflammable.

Obs. II.—Le docteur Prout rapporte qu'une jeune femme rendait, quelques mois avant sa mort, une grande quantité de matières grasses dans ses excréments.

Autopsie.—Le cœcum est très-épaissi, et la membrane muqueuse d'une portion considérable du côlon ulcérée.

Les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

Les docteurs Person et Prout ne parlent pas du pancréas, qu'ils avaient probablement oublié.

---

(1) Elliotson, *loc. cit.*, obs. 13.

TROISIÈME GROUPE (1).

Obs. I.—Mallenbrocus (2) raconte qu'il a vu à Hall, où il exerçait, un individu rendre, pendant deux années, des matières grasses par les intestins (*materiam pinguem*), semblables à de la graisse de bœuf.

Le malade est devenu maigre et faible, et mourut de tympanite.

Obs. II.—Mœbius (3) fait mention d'une semblable déjection quotidienne exactement semblable à de la graisse humaine (*materiam humana pinguedini plane similem*) chez une femme morte de marasme.

Obs. III.—Dans les *Essais médicaux d'Edimbourg* (t. V, 2e part.), on trouve l'observation d'un tisseur, âgé de 40 ans, qui tomba malade à la suite d'un effort violent. Trois mois après cet accident, il s'aperçut qu'il rendait avec les excréments une substance blanchâtre, analogue à de la graisse de chandelle ou à la moelle durcie, composée de petits globules se fondant à la chaleur. Quelques jours après, il observa quelques petits morceaux de la même substance ; on ne dit rien de plus sur ce malade.

Obs. IV.—Le docteur William Scott (4), d'Howich, raconte le cas suivant : « En 1777, une bonne, de 20 à 25 ans, en coupant du blé, fut prise de violentes douleurs à l'estomac, de violentes coliques ; elle rendit par les selles une grande quantité de matière grasse. Jetée dans le feu, cette substauce brûlait comme de la graisse, à quoi elle ressemblait sous tous les rapports. Après avoir rendu pendant trois semaines de cette matière grasse, elle recouvra complétement la santé. »

Obs. V.—Le docteur Babington, dans une lettre à sir Everard Home, publiée dans les *Transactions philosophiques* (2e part., p. 150), raconte l'observation d'une dame qui avait souffert pendant quelques années de ce qu'on croyait être des calculs biliaires. On lui conseilla de prendre 2 à 3 onces d'huile d'olive à la fois ; on trouva alors dans les matières fécales des concrétions globulaires de la grosseur d'un grain de raisin, d'un aspect crémeux, un peu transparentes, se laissant couper comme de la cire, et fondant à la chaleur. M. Brande dit qu'elles étaient formées de mucus et d'huile d'olive.

Sir Everard Home, Brande et Babington les considèrent comme venant du dehors ; pourtant ce dernier, se rappelant les faits rapportés par quelques auteurs, faits dans lesquels l'huile est incontestablement d'origine interne, est convaincu que ces concrétions sont fournies par un état morbide, et comme l'huile fine végétale ne peut pas être facilement distinguée de l'huile animale, il croit que la matière grasse n'est pas seulement de l'huile d'olive.

Obs. VI.—Au muséum du collége des médecins, se trouvent plusieurs morceaux

---

(1) Ces observations sont recueillies par Elliotson, *loc. cit.*
(2) *Ephémérides de* 1671, obs. XX.
(3) *Ephémérides*, etc.
(4) *Duncan medic. comm.*, vol. XIV, p. 354.

de graisse, rendus par une jeune femme qui présentait des symptômes d'irritation intestinale Voici le cas rapporté par le docteur Turner :

« Les concrétions de graisse ou d'adipocire que j'ai présentées au muséum ont été rendues par les intestins à l'état solide, sous la forme qu'elles présentent actuellement ; quelques-unes ressemblent tellement à des amandes débarrassées de leur pellicule, que j'ai cru d'abord que c'en était. Cette femme est hystérique; à l'époque où elle rendait ces matières, elle prenait des purgatifs ; quatre à huit de ces substances furent rendues journellement pendant plus d'une semaine et n'ont plus reparu. »

Tulpius (1), dans son charmant petit livre d'*Observations médicales*, raconte le fait suivant :

Obs. VII.—Althea Epicornia, femme délicate et grêle, fréquemment indisposée, rendit, pendant plus de quatorze mois, tous les jours, une grande quantité de graisse jaune, qui restait sur les matières fécales comme du beurre fondu, et en quantité suffisante pour que, si elle avait été recueillie, elle pût remplir plusieurs vases (*replere aliquot vascula*) ; jetée dans le feu, elle produisait une flamme vive, et, lorsque les matières fécales sur lesquelles elle se trouvait étaient refroidies, elle prenait la consistance de graisse solide.

Obs. VIII.—Elisabeth Reyder, âgée de 4 ans, assez bien portante pendant les premiers mois de sa vie, devint maigre et sujette à la jaunisse ; à 1 an 1/2, son ventre était tuméfié; à 3 ans, sa mère remarqua qu'elle rendait de la graisse à l'état liquide, qui se figeait en refroidissant.

Depuis lors, elle a constamment rendu, à des intervalles de quelques jours, des quantités de 1 à 2 onces de graisse, quelquefois pure, d'autres fois mêlée aux fécès. Au moment où cette matière est rendue, elle a une apparence jaune et fluide comme de l'huile. (*Phil. trans.*, 1813).

Tulpius (*loc. cit.*) raconte un cas dans lequel la graisse fut rendue par les intestins et la vessie.

Obs. IX.—M. A..., aubergiste, eut des déjections de graisse par les intestins et la vessie, sans fièvre, sans émaciation. Pourtant, à la fin de la maladie, la mort ne trouva qu'un corps tout à fait desséché (*ut mors in ipsa vix quidquam repererit, præter ex succum ac aridum cadaver*).

Le docteur Pearson (Elliotson, *loc. cit.*) a fourni l'observation suivante :

Obs. X.—« Mme V... était atteinte d'une maladie du foie. Au bout d'un certain temps, on remarqua dans les évacuations une substance concrète, d'apparence graisseuse et non colorée par la bile ; de l'huile aussi passait par l'intestin à l'état liquide et se figeait promptement. La malade émaciée mourut le 29 octobre.

« Mise sur le feu, cette matière s'enflammait ; mélangée avec un alcali, elle formait un bon savon (*a good soap*). »

Voilà tout ce que j'ai pu recueillir d'observations. Dans toutes, on

---

(1) *Nicolaï Tulpii Obs. med.*, 1685.

retrouve ce caractère essentiel : présence de matières grasses dans les fécès.

Toutefois, cette non-digestion des graisses n'est pas, comme on pourrait le croire, un phénomène que je donne comme constant; la toux peut bien manquer dans la pneumonie. Mais chaque fois que ce symptôme existera, on saura d'une façon certaine son origine et sa cause. Quoique je ne puisse donner que six observations bien complètes avec l'autopsie cadavérique, les caractères communs semblables, perçus pendant la vie dans toutes les autres, me permettent, je crois, de les rattacher les unes et les autres à une affection identique, à l'altération du pancréas.

Observations d'iléus spasmodique ; par le docteur **Dime**, *médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

J'ai eu l'occasion de recueillir, à peu près en même temps, quatre observations d'iléus spasmodique. Cette maladie est assez rare, puisque ce sont les seuls cas que j'aie vus à l'Hôtel-Dieu dans le cours de mon exercice qui touche à sa fin. Elle a été niée par plusieurs nosographes; Pinel n'en rapporte que deux exemples empruntés à d'autres observateurs.

J'ai donc pensé qu'il serait bon de conserver les quatre observations que j'ai recueillies.

Obs. I.—Joséphine Pelletier, célibataire, 18 ans, couturière, a vomi du sang à plusieurs reprises, le même jour, il y a deux mois. L'état de la menstruation a été omis sur la feuille d'observation. La malade attribue son affection à l'effort qu'elle a fait en portant un fardeau. Depuis lors, faiblesse, frissons répétés, bouche mauvaise, soif, douleur et chaleur à l'épigastre, digestions pénibles, éructations acides, constipation opiniâtre combattue par des lavements.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 15 novembre 1859. Depuis trois jours, il y a des vomissements de matière fécale, sans mélange d'aliments, ventre douloureux et tendu, pas de tumeur ni de hernie ; les lavements sont rendus avec un peu de matière fécale.—*Eau gazeuse, glace, deux vésicatoires aux jambes.*

Le 16. La malade a vomi beaucoup de matières fécales ; elle ne peut répondre aux questions qui lui sont adressées, quoiqu'elle paraisse les comprendre ; les pupilles sont dilatées.—*Mêmes remèdes, potion avec laudanum de Sydenham et teinture de castoréum* ãã 15 *gouttes.*

Le 17. L'intelligence et la parole sont revenues : pupilles naturelles ; la malade se souvient à peine de ce qui s'est passé ; il n'y a pas eu de selles.—*Même traitement, un lavement avec l'infusion de séné,* 10 *grammes.*

Le 18. Il n'y a pas eu de vomissements ; quatre selles, ventre un peu douloureux à la pression.—*Continuer la potion, eau gazeuse.*

Le 19. Il y a eu une selle, pas de vomissement.—*Cesser la potion, limonade, lavements.*

Rien de nouveau jusqu'au 23. Ce jour-là, les accidents nerveux ont reparu, mais intermittents. Vomissements de matières aqueuses, contenant d'abord une

substance qui a l'apparence de la poudre de charbon, puis des matières fécales.

Le 24. Vomissement de sang, pouls petit, lent, respiration stertoreuse, les yeux convulsivement portés en haut. La malade paraît comprendre, mais ne parle pas. —Je prescris de nouveau *la potion avec laudanum de Sydenham et teinture de castoréum*, 15 *gouttes de chaque ; sirop d'éther*, 30 *grammes. Un premier lavement avec l'infusion de feuilles d'oranger, assa-fœtida*, 1 *gramme ; laudanum de Rousseau*, 10 *gouttes ; pour le soir, un lavement avec l'infusion de follicules de séné*, 10 *grammes.*

Le 25. Il y a eu des selles abondantes ; la malade a repris l'usage de la parole ; elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé ; le facies est naturel ; il n'y a plus de vomissements ; le ventre est moins tendu.—*Limonade, glace, lavement de séné, potion gommée.*—Les jours suivants, l'amélioration continue. Le 29, la céphalalgie, qui jusqu'ici précédait les vomissements, est venue seule. Le 30, la glace est supprimée.

2 *décembre.* La malade dit avoir vomi un peu de sang.—*Glace, limonade, lavement de manne.*—Dans la soirée, les vomissements de sang reparaissent ; il y a du délire ; le ventre est tendu. Ces accidents durent jusqu'au 5 et vont en diminuant. Les jours suivants, ils cessent. La menstruation paraît le 12 décembre et dure jusqu'au 15. Les mêmes remèdes sont continués jusqu'au 19, jour où la glace est supprimée à cause d'une toux assez fréquente. Enfin, la malade sort, le 7 janvier 1851, en bon état. C'est seulement alors que nous apprenons qu'il y a eu, dans le cours de la maladie, des troubles passagers de l'intelligence, même en l'absence des accidents spasmodiques, des convulsions et des mouvements de colère contre les personnes qui entouraient la malade.

Le caractère spasmodique de cette maladie est rendu très-évident par les causes qui l'ont produite, par l'intermittence des phénomènes, par leur complication avec des accidents convulsifs, des troubles de l'esprit, et surtout par le succès obtenu de l'usage de l'opium, de l'assa-fœtida et des divers autres remèdes du même genre. La guérison obtenue sans opération manuelle prouve aussi que les vomissements de matières fécales n'étaient pas dus à un étranglement, quoique la présence de ces matières soit considérée par la plupart des pathologistes comme le symptôme pathognomonique de l'existence d'un obstacle matériel à leur cours. Nous avons été heureux de ne pas voir réaliser, dans ce cas, le pronostic funeste porté par Hippocrate dans l'aphorisme 10 de la 7e section : *Ab ileo vomitus, vel singultus, vel convulsio, vel delirium, malum.* » Galien dit encore : « *Non semper in iis vomitum adesse, sed quandò exitiales sunt, et si vehementiùs distorqueantur, stercuseis ascendit atque singultiunt.* » (Prosper Alpin.)

Obs. II.—Christine Joly, 48 ans, ouvrière en soie, mariée, non réglée depuis six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 octobre 1850. Elle est malade depuis dix jours, et se plaint de dégoût pour les aliments : bouche mauvaise, nausées, sensation de chaleur à l'épigastre, quelques vomissements, coliques, pas de selles depuis le commencement de la maladie.—*Limonade, eau gazeuse, potion gommée, cataplasme et lavements émollients.*

Le 23. Vomissements de matières fécales ; pas d'accidents généraux graves. Les vomissements durent jusqu'au 26, et sont combattus par l'eau gazeuse, la glace,

les lavements de casse et de sulfate de soude, les grands bains. Le 28, les vomissements cessent; la malade reprend l'usage des aliments, et sort en bon état le 13 novembre.

5 *décembre*. Elle rentre à l'Hôtel-Dieu, présentant de nouveau les vomissements de matières fécales et les autres symptômes généraux.—*Eau gazeuse, lavements laxatifs.*

Le 6. Il n'y a pas eu de vomissements ; le 7, ils ont recommencé.—*Eau gazeuse, potion avec le sirop d'éther*, 30 *grammes; lavement purgatif suivi, le soir, d'un lavement d'infusion de feuilles d'oranger avec assa-fœtida*, 1/2 *gramme ; fomentations émollientes.*—Ces moyens provoquent des évacuations alvines abondantes et suppriment les vomissements de matières fécales, qui sont remplacés, pendant un jour, par des vomissements de matières muqueuses.

Le 10. Les remèdes sont remplacés par la limonade, des lavements laxatifs et des bains. La malade est sortie le 10 janvier seulement, n'ayant plus d'accidents depuis un mois.

Dans ce cas, ainsi que dans le précédent, nous avons vu les symptômes de l'iléus céder à l'emploi des remèdes anti-spasmodiques. Mais nous n'avons pas eu des lésions des fonctions intellectuelles et sensoriales aussi prononcées que dans la première observation. Le caractère spasmodique de la maladie a été pourtant aussi évident, et il est resté bien démontré pour nous que les vomissements de matières stercorales n'étaient pas dus à une occlusion intestinale, mais à une modification de la contractilité des organes.

Obs. III.—Eustache Binet, 49 ans, dévideuse, avait, depuis longtemps, des digestions laborieuses, lorsque, à la suite d'une frayeur et d'une rixe violente, elle a été prise de vives douleurs dans le ventre, surtout à l'épigastre, augmentées par la pression, de nausées et de vomissements ayant l'odeur fécale. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 31 mai 1851, elle éprouvait, depuis quatre jours, les symptômes que je viens d'indiquer, de la sécheresse à la peau et de la fièvre.—*Limonade gazeuse, potion gommée avec le sirop de groseilles, lavement avec le sulfate de soude, cataplasmes, grands bains.*

Les vomissements de matières fécales ont continué jusqu'au 2 juin, et se sont arrêtés sous l'influence des moyens indiqués.

Vers le milieu du mois de juin, la malade s'est enrhumée et a éprouvé une douleur rhumatalgique très-forte des parois de la poitrine. Aux boissons froides et acides, nous avons substitué les boissons émollientes et la jusquiame, un vésicatoire au bras et un emplâtre de poix sur la poitrine. Cette affection légère a continué son cours sans réveiller d'autres accidents, et la malade est sortie, le 7 juillet, en bon état, n'ayant pas vomi depuis un mois.

Cette observation présente moins d'importance que les deux premières ; les accidents ont été moins graves et ont cédé à un traitement plus simple. Les caractères essentiels des affections spasmodiques se retrouvent pourtant dans les causes, la forme morbide, et dans le succès obtenu par des moyens purement médicaux qui excluent la pensée d'un étranglement.

Obs. IV.—Micollet, 17 ans, chauffeur de bateau à vapeur, né à Villefranche, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 juin 1852. Il est malade depuis

quelques jours et présente les symptômes suivants : abdomen météorisé, douleurs atroces dans le ventre, augmentant par la pression, vomissements de matières fécales ; l'intelligence paraît fort peu développée, et l'expression de la face trahit à la fois le sentiment de la souffrance et l'hébétude des fièvres graves.—Prescription le 29 : *limonade gazeuse, potion gommée avec le sirop de groseille, lavement avec infusion de follicules de séné,* 10 *grammes ; manne grasse,* 30 *grammes ; deux vésicatoires camphrés aux jambes ; cataplasmes et fomentations émollients.*

Le traitement est continué pendant plusieurs jours avec une atténuation des symptômes ; on y joint les fomentations de camomille.

2 *juillet.* Le malade vomit encore des matières fécales très-liquides jusqu'au 4. Ces matières reparaissent le 6.—*Mêmes remèdes, glace, lavement avec sulfate de soude,* 30 *grammes, continué pendant les jours suivants.*

Le 8. Le vomissement diminue.

Le 9. Les vomissements ont cessé.

Pendant les jours suivants, l'amélioration continue, le ventre devient souple, les selles se rétablissent, la fièvre est tombée.

Le 14. Le malade est allé dans la ville, a mangé sans mesure et a pris une indigestion. Il a vomi des aliments dans la nuit. D'ailleurs, il va très-bien, et demande à sortir malgré nos instances.

Je ne vois à noter dans cette observation que le vomissement de matières fécales, qui a persisté pendant une dizaine de jours, et la coïncidence de cette maladie avec un certain désordre des fonctions intellectuelles qui étaient sinon abolies, au moins fort diminuées, coïncidence qui s'est déjà montrée chez quelques-uns de nos autres malades. La guérison, d'ailleurs, a été obtenue par les mêmes moyens.

J'ai pu, chez quatre malades, remarquer combien les affections spasmodiques subissent promptement l'influence des moyens thérapeutiques, quelque variés que soient les symptômes qu'elles présentent à nos yeux ; tandis que les affections inflammatoires et celles qui dépendent d'une altération des liquides ou d'une cachexie ne subissent que lentement les modifications imprimées par les remèdes les mieux indiqués. On voit des accidents nerveux effrayants en apparence s'améliorer avec la plus grande rapidité par l'application de l'opium, de l'assa-fœtida, de la valériane. Seulement, il importe de bien saisir le caractère principal de la maladie, sans s'attacher exclusivement à formuler un diagnostic anatomique. Il y a, en effet, au delà des symptômes locaux, une manifestation extérieure qui varie selon les lésions organiques, une lésion vitale dont le médecin doit saisir le caractère, pour en déduire le pronostic et les moyens curatifs. C'est l'appréciation de cet élément essentiel du traitement, trop négligé par les médecins de l'école anatomique, qui peut seule constituer une thérapeutique efficace, parce qu'elle s'adresse à la lésion première. Mais celui-ci ne peut pas tomber sous nos sens, et ne devient perceptible à notre esprit que par une longue habitude et une observation attentive (1).

---

(1) *Gazette médicale de Lyon.*

CHIRURGIE.

Des déformations de la pupille, de leurs diverses causes et de leur valeur symptomatique, par **E. Foucher**, *ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté de médecine, vice-secrétaire de la Société anatomique.*

La pupille éprouve souvent des changements dans sa forme, et ces changements si variés, quoique pouvant être un symptôme d'une maladie étrangère à l'organe visuel, tiennent cependant le plus souvent à une lésion d'une des parties du globe oculaire; aussi sera-ce surtout sous ce rapport que j'envisagerai la question dans ce travail, et comme les déformations de la pupille sont en particulier la suite des iritis, j'insisterai sur cette dernière maladie.

Les recherches que j'ai faites à ce sujet me paraissent avoir quelque intérêt, et m'ont permis d'arriver à des conclusions que je formulerai d'une manière précise sur la valeur des déformations pupillaires.

Je ne m'occupe nullement des variations de diamètre tant que la forme subsiste. C'est après avoir longtemps étudié ce sujet au lit du malade que, venant à consulter les auteurs, j'ai vu quel étrange abus on pouvait faire, lorsque, préoccupé d'un seul fait, et n'ayant envisagé qu'un point de vue, l'esprit se laissait aller à des subtilités, à des hypothèses improbables.

Ce travail est basé sur quarante-cinq observations, recueillies à la Charité et au Bureau central, dont les plus importantes seront relatées avec les détails que chacune d'elles méritera, au point de vue qui m'occupe.

J'ai cru devoir, pour la netteté de l'exposition, établir certaines divisions, et je me suis arrêté à la classification suivante :

Je fais d'abord deux grandes classes :

1° Déformations dynamiques ou physiologiques;
2° Déformations mécaniques ou physiques.

La première classe comprend les déformations :

1° Inflammatoires actuelles ou par congestion;
2° Inflammatoires consécutives. { Adhérences; Produits plastiques; Pseudo-membranes;
3° Par déplacement;
4° Par solution de continuité;
5° Sympathiques.

La deuxième classe comprend les déformations :

1° Par pression de dedans en dehors;
2° Par pression de dehors en dedans.

Cette classification me paraît renfermer les principaux cas que l'on rencontre; du reste, je la donne surtout comme méthode, plan d'exposition, sans tenir aux expressions.

Lorsque je commençai à étudier les déformations de la pupille, je fus bientôt frappé de la mobilité de certaines d'entre elles, de leur fugacité, si je puis ainsi dire, et je fus conduit à faire un examen minutieux de la pupille à l'état normal, des variations qu'elle peut subir suivant les individus (à part les déformations congéniales, dont il ne saurait être question ici). Je dois faire passer le lecteur par la même série d'idées.

J'ai donc, dans ce but, examiné les yeux de 164 individus pris au hasard dans les salles de l'hôpital de la Charité, et j'ai dressé un tableau indiquant l'âge, la maladie actuelle, les ophthalmies antérieures, la couleur de l'iris, sa forme, sa position. J'en extrais ici les points qui se rapportent à mon sujet.

Je ne noterai que par occasion la coloration de l'iris qui, sur 164 personnes, a présenté les variations suivantes :

Gris	33.
Bruns	40.
Roux	13.
Fauves	29.
Bleus	29.
Gris roux	11.
Jaune verdâtre	9.

Mes tableaux indiquant le lieu de la naissance, l'âge, les maladies de l'œil antérieures, etc., je pourrais évidemment en déduire certains faits relatifs aux inductions qu'on a voulu tirer, en oculistique, de ces variations de couleur qui vont depuis les teintes les plus claires jusqu'aux plus foncées. On a prétendu, en effet, que la plupart des iritis et des amauroses congestives affectaient les yeux bruns; mais avant de donner des conclusions prématurées sur l'influence de la couleur de l'iris relative aux prédispositions à l'iritis, à l'amaurose, etc., il faudrait d'abord connaître et comparer les proportions des diverses nuances iriennes; je m'éloignerais de mon sujet en insistant sur ces faits.

Quant à la position relative à la pupille, j'ai pu m'assurer qu'elle n'était pas toujours centrale; et que, à part toute influence morbide, elle était souvent reportée en haut, en dedans ou en dehors. Voici ce que m'a montré, sous ce rapport, l'examen de 164 individus.

La pupille m'a paru :

Centrale, chez	98.
Portée en haut et en dedans	31.
— en haut	15.
— en dedans	12.
— en haut et en dehors	5.

D'où il résulte que la position de la pupille au centre de l'iris, quoique la plus fréquente, manque cependant souvent, et qu'il est commun

de rencontrer l'ouverture reportée en haut et en dedans, de telle façon que, de ce côté, la bandelette irienne est plus étroite. La position centrale me paraissant normale, je ne saurais admettre, avec Huschke, que le plus souvent la pupille est plus rapprochée du bord nasal que du bord temporal, ni, par conséquent, que ce défaut de symétrie tient au plus grand développement de l'œil en dehors, et que, sous le rapport physiologique, il se rapporte à la convergence régulière des axes visuels; comme aussi, d'après H. E. Weber, à ce que le champ visuel externe surpasse l'interne en étendue, puisque, d'après Young et Purkinje, le premier embrasse 90 à 100° et le deuxième, 60° seulement.

Chez les chlorotiques, les hystériques, j'ai souvent trouvé la pupille reportée en haut et en dedans ; mais comme cette position existe chez beaucoup d'autres personnes, je ne pense pas que l'on doive y attacher quelque importance, pas plus qu'à ce fait signalé par Barbier (Montpellier, Thèse, 1842) et reproduit par Pétrequin, à savoir que, chez les enfants qui se masturbent, la pupille est reportée en haut et un peu en dedans.

Mais ce qu'il m'importait surtout de déterminer, ce sont les variétés normales que la pupille peut offrir dans sa forme; or, sur 164 individus, je trouve la pupille :

Circulaire	120.
A grand diamètre oblique en bas et en dedans	10.
— en haut et en dedans	8.
— transversal	6.
— vertical	6.
— en haut et en dehors	4.

On voit par ce tableau que s'il est vrai de dire que la pupille est le plus souvent circulaire, elle peut, dans un bon nombre de circonstances, affecter toute autre forme, en l'absence de toute influence morbide. Ce qui m'a surtout frappé dans ces recherches, c'est de voir la pupille changer de forme par la dilatation ou la contraction de l'iris; ainsi, une pupille parfaitement circulaire quand l'iris est contracté peut s'allonger suivant l'un de ses diamètres, quand l'iris se dilate, et réciproquement; c'est là une remarque que j'ai faite bien souvent, et qui n'a certes pas dû échapper à tous ceux qui s'occupent des maladies des yeux. Il semble que tous les points de l'iris ne se contractent pas avec la même énergie, et peut-être cette inégalité dans l'énergie de la contraction tient-elle à une inégale répartition de l'influx nerveux ; je n'ai, toutefois, rencontré aucun individu offrant cette disposition à un degré aussi marqué que celui que je viens de voir dans le service de M. Larrey, au Val-de-Grâce (septembre 1852). Chez cet homme, l'ouverture pupillaire subit les modifications de forme les plus variées, se succédant avec une extrême rapidité ; ainsi, en quelques instants d'examen, j'ai vu cette ouverture prendre successivement la forme d'un triangle, d'un cœur, d'un trèfle de carte à jouer, etc. Du reste, j'aurai, dans un des

articles qui vont suivre, occasion de relater des expériences curieuses qui peuvent éclairer ce point de physiologie appliquée.

Enfin, un dernier fait auquel je ne m'attendais guère, c'est que la pupille peut être parfaitement circulaire dans un œil, et avoir dans l'autre une prédominance de l'un de ses diamètres, et cela dans le même état de contraction de l'iris; et ces variétés de forme sont si fugaces qu'elles changent, se transforment selon le degré de contraction de l'iris.

Je ne dois pas omettre de rappeler l'état du bord pupillaire lui-même, que l'on ne peut souvent bien apprécier que par l'examen de la loupe. Alors, on le voit ordinairement coupé net d'avant en arrière, lisse, mais souvent crénelé et noir, ce que l'on distingue bien surtout dans le cas de cataracte, parce qu'alors ce bord tranche sur un fond blanc; ses crénelures, généralement passagères, sont cependant parfois permanentes.

En résumé, il résulte de l'examen que j'ai fait d'un grand nombre d'yeux sains, que la pupille, le plus souvent centrale et circulaire, peut cependant, dans beaucoup de cas, offrir une position et une forme différentes, à part toute influence pathologique.

Ces recherches préliminaires m'ont paru importantes, en ce qu'elles permettent d'apprécier la valeur réelle de certaines déformations pupillaires.

La mobilité excessive de l'ouverture de la pupille, les variétés qu'elle peut offrir dans l'état sain, font de son examen l'un des points les plus difficiles de la chirurgie oculaire. Voici comment j'ai eu l'habitude d'y procéder.

Le malade étant placé en face d'une fenêtre et ses deux yeux étant éclairés d'une égale lumière, je commençais par examiner attentivement si les deux pupilles avaient une forme circulaire, si l'une des deux n'était pas plus grande que l'autre, si la dilatation était suffisante ou exagérée. Cette première partie de l'examen faite en tenant compte des remarques auxquelles l'état de l'organe avait pu donner lieu, je continuais les recherches de la manière suivante.

Les mains étant appliquées sur les tempes du malade, les pouces étaient placés sur les paupières supérieures que, de temps en temps, j'abaissais et relevais avec vivacité pour m'assurer de l'état des pupilles, évitant surtout d'exercer la moindre compression sur le globe oculaire. Quand il s'agissait d'un œil non enflammé, l'examen avec la lumière artificielle m'était souvent d'un grand secours. Pour apprécier l'état lisse ou frangé du bord pupillaire, j'avais recours à la loupe, et c'est en faisant jouer la pupille que je constatais la présence d'adhérences; dans certains cas, la dilatation préalable avec la belladone rend l'examen plus facile. La comparaison avec l'œil sain est toujours d'un grand secours. Il faut aussi regarder l'œil obliquement, si on veut connaître la position de l'iris d'une manière exacte.

Art. 1er. — Déformations dynamiques ou physiologiques.

§ Ier. — *Déformations inflammatoires ou congestives.*

Ce sera là, je dois le dire, un des principaux points de ce travail; car, sous ce titre, je range les déformations de la pupille qui accompagnent l'iritis aiguë, et j'ai à discuter leur mécanisme et à en apprécier la valeur seméiologique, questions dont la solution m'entraînera nécessairement dans quelques détails d'anatomie et de physiologie.

Les observations que j'ai recueillies à ce sujet sont au nombre de vingt; j'en rapporterai douze seulement qui ont présenté les faits que je cherche à établir de la manière la plus évidente.

Iritis simple. — Déformation variable de la pupille. — Guérison.

Obs. I. — Au mois de septembre 1849, entre dans la salle Saint-Côme (Hôtel-Dieu), un homme robuste, d'un tempérament sanguin. Il raconte qu'ayant travaillé toute une journée à son métier de forgeron, il prit beaucoup de peine et transpira abondamment. Le soir, il était encore en sueur quand il se coucha sur son lit, le côté gauche tourné vers une porte qu'il laissa ouverte. Le lendemain, il se réveilla avec de fortes douleurs autour de l'orbite gauche ; il sentit comme du sable entre ses paupières, et s'aperçut dans une glace que son œil gauche était devenu rouge. Trois jours s'écoulèrent sans qu'il eût rien fait à son œil, jusqu'au moment où il est entré, le 1er septembre, à l'hôpital, où il fut facile de constater l'état suivant :

Les paupières et la cornée présentent les caractères de l'état sain. La conjonctive oculaire est d'un rouge rosé, uniformément étendu sur le globe de l'œil. Autour de la cornée cependant, la rougeur paraît plus sombre ; là, sous l'injection conjonctivale, qui est mobile et qui permet de voir en plusieurs points la sclérotique, existent des vaisseaux linéaires contenus dans cette dernière tunique et ayant une disposition radiée. Il existe, en un mot, ce que les auteurs ont appelé le *cercle radié sclérotical*. L'iris est d'une teinte plus foncée que celle du côté opposé. La face antérieure paraît plus villeuse, chagrinée ; la moitié supérieure elle-même est plus obscure que la moitié inférieure : elle est là comme boursouflée.

La pupille est déformée. Cette altération dans la forme occupe surtout la partie supérieure. On constate deux angles qui donneraient bien à l'ouverture de l'iris la forme d'un carré, si deux autres angles existaient à la partie inférieure. Point de fausses membranes sur le champ de la pupille; la chambre antérieure est moins claire que celle du côté opposé.

Ce malade accuse des douleurs profondes et très-vives au-dessus du sourcil gauche et dans la tempe du même côté; d'ailleurs, il n'existe pas la moindre photophobie, point de larmoiement. La face est injectée; le pouls plein, fort ; toutes les fonctions s'exécutent normalement. Le malade se croirait en bonne santé, n'étaient les douleurs de la région temporale et un peu moins de netteté dans la vision. — *Applicat. de 15 sangs. sur la région temporale.*

Le lendemain, 27 septembre, les douleurs sont moins intenses, la rougeur de la conjonctive est cependant à peu près la même. Mais l'iris offre une coloration moins sombre vers la partie supérieure, la forme de la pupille est oblongue, comme si cette ouverture était tirée en haut et en dehors.

Le 3 septembre, même état que la veille. — *Saignée de 500 gr.*

Le lendemain, la rougeur de la conjonctive a considérablement diminué ; il en est de même de la teinte de l'iris, qui se rapproche de celle du côté opposé. La pupille s'arrondit insensiblement et a perdu la forme déjà indiquée; cependant, elle ne forme pas une circonférence régulière. La vue est plus nette ; les douleurs que le malade accusait dans les régions temporale et sus-orbitaire n'existent plus. Les jours suivants, la rougeur diminue de plus en plus ; l'iris reprend sa coloration naturelle, l'amélioration est sensible d'une visite à l'autre. L'œil est complétement revenu, le 11 septembre, à son état normal.

Blépharite, conjonctivite, kératite, iritis; — pupille transversale, puis polygonale. Calomel. — Guérison.

Obs. II. — Viard (Joseph), âgé de 54 ans, garçon de cuisine, entre, le 24 mars 1850, au n° 7 de la salle Sainte-Vierge (Charité). Cet homme est d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se porte habituellement assez bien. Il a eu, il y a trois ans, une maladie avec fièvre et délire, qu'il ne peut caractériser, et qui l'a retenu vingt-six jours à l'hôpital. Il dit n'avoir jamais eu ni chancre, ni chaudepisse, et n'est pas sujet aux douleurs rhumatismales ; mais il habite depuis quinze jours un lieu humide. Cet homme s'adonne aux liqueurs fortes et prend beaucoup de tabac. L'affection oculaire qui le conduit à l'hôpital date de trois mois et a débuté en même temps par les deux yeux, mais principalement par l'œil gauche ; pendant longtemps toute la maladie a consisté en une simple blépharo-conjonctivite, la vision n'était pas troublée. C'est depuis trois semaines seulement que le malade souffre davantage. L'œil gauche a toujours été plus enflammé que le droit, et la phlegmasie y faisait des progrès à mesure qu'elle diminuait dans l'œil droit.

Etat actuel. — Œil droit. — La conjonctive palpébrable est légèrement injectée sans coloration intense, les cils n'existent plus à la paupière inférieure. Les vaisseaux de la conjonctive oculaire sont un peu congestionnés, quelques-uns s'avancent jusque sur la cornée. On aperçoit, à la partie supérieure de la circonférence de la cornée, une demi-lune grisâtre qui s'avance sur la cornée dans l'étendue d'un demi-millimètre, et paraît due à un épanchement de la lymphe plastique autour des vaisseaux. Vers la partie centrale, mais un peu en haut de la cornée, on aperçoit une plaque grisâtre, peu opaque, qui rend dans ce point la cornée moins transparente et se perd insensiblement, ayant un millimètre de diamètre. Pupille et iris normales. L'œil est plein de larmes; si on presse sur le sac lacrymal, on fait sourdre une assez grande quantité de muco-pus, quoiqu'il n'y ait pas, à proprement parler, de tumeur à l'angle interne des paupières.

Œil gauche. — Paupières dans le même état que celles du côté opposé, pas de cils à l'inférieure. La conjonctive est injectée, surtout au pourtour de la cornée où les vaisseaux s'entrecroisent très-serrés, offrant une teinte lie de vin. Au-dessous de l'injection conjonctivale existe un magnifique anneau radié tout autour de la cornée, d'un rouge vif, et formé de vaisseaux parallèles et très-rapprochés les uns des autres. La cornée, un peu suffuse dans toute son étendue et ayant la teinte pierre à fusil, présente à sa partie inférieure et externe une plaque ulcérée superficiellement, un peu opaque à sa partie interne. On voit s'avancer quelques vaisseaux sur la partie supérieure de la cornée. Autour de la cornée, existe un cercle gris, superficiel, très-étroit, et un autre anneau grisâtre, incomplet, plus étendu que le précédent, et existant surtout à la partie supérieure et à la partie inférieure. La pupille, sensiblement contractée, est immobile, très-peu déformée, un peu allongée cependant dans le sens transversal. L'iris, qui du côté droit a une

teinte roussâtre, a du côté gauche un aspect d'un roux vineux, paraissant un peu bombé en avant et légèrement tomenteux à sa surface. Un peu de larmoiement sans photophobie. Le malade ouvre également les deux yeux, malgré l'ulcération de la cornée gauche. La vision n'est pas sensiblement troublée, les objets sont vus à leur place et avec leur forme. Sentiment de tension dans l'œil, douleur frontale et temporale, pas de douleurs sus-orbitaires.— 12 *sangsues sur la région temporale gauche.*

26 *mars.* — L'état de la conjonctive et de l'iris ne s'est pas sensiblement modifié ; l'ulcération est un peu plus limitée, sans que son aspect finement granulé ait changé. La pupille a conservé la même forme. — *Calomel, 2 décig.*

Un séton a été placé à la nuque le 27 mars ; le malade a continué à prendre chaque jour 2 décigrammes de calomel ; pas de salivation.

29 *mars.* — La conjonctive et la sclérotique sont moins injectées ; le cercle grisâtre cornéal est marqué, surtout en haut. L'iris a conservé sa coloration plus foncée et son immobilité. La pupille, toujours rétrécie, est devenue sensiblement pentagonale. Les douleurs hémicraniennes et périorbitaires ont disparu, mais les douleurs intra-orbitaires persistent ; cornée toujours suffuse ; l'ulcération a diminué d'étendue, mais son fond prend une teinte grisâtre. — *Même traitement.*

5 *avril.*—L'injection de la conjonctive et de la sclérotique a disparu ; ulcération de la cornée remplacée par une légère opacité ; iris peu mobile ; pupille rétrécie, hexagonale.

14 *avril.*—Cornée transparente, excepté dans le point où a existé l'ulcération. L'iris a recouvré la coloration normale ; pupille encore rétrécie, mais à peu près circulaire et mobile ; vision à peine troublée.

18 *avril.*—Le malade sort presque complétement guéri.

(Les deux observations précédentes donnant une idée suffisante du soin scrupuleux avec lequel elles ont été recueillies, nous nous bornerons à indiquer le titre des suivantes.)

Obs. III. — Iritis simple ; — pupille ovalaire ; guérison.

Obs. IV. — Kératite, iritis ; — pupille transversale ; guérison.

Obs. V. — Iritis syphilitique ; — pupille ovalaire, à grand diamètre oblique en haut et en dedans ; guérison.

Obs. VI. — Iritis double syphilitique ; — déformations variables des deux pupilles ; guérison.

Obs. VII. — Iritis syphilitique ; — pupille quadrilatère, puis à grand diamètre vertical, puis transversale ; guérison.

Obs. VIII.— Iritis syphilitiques ; — pupille à grand diamètre en bas et en dehors *à droite,* en bas et en dedans *à gauche;* guérison.

Obs. IX. — Iritis ; — pupille ovalaire, puis quadrilatère ; guérison.

Obs. X. — Iritis chronique ; — pupille ovalaire en bas et en dedans.

Obs. XI. — Iritis chroniques ; — les deux pupilles ovalaires.

Obs. XII. — Iritis aiguë ; — pupille verticale.

Les douze observations que je viens de relater ne comprennent que des cas dans lesquels la déformation pupillaire n'est due ni à des productions membraneuses, comme en produit l'iritis purement inflamma-

toire, ni à ces sortes de dépôts plastiques, de végétations, comme on le remarque dans certaines iritis syphilitiques. J'ai rapporté plusieurs observations d'iritis syphilitique, mais alors la déformation de la pupille était très-nette et on ne voyait aucun produit nouveau sur l'iris. J'attache une grande importance à la distinction de ces deux modes de déformation ; le deuxième, qui sera étudié plus loin, n'ayant pu donner lieu à l'opinion que je vais avoir à combattre sur la valeur, la constance de certaines déformations pupillaires.

On sait avec quelle profusion les auteurs allemands entre autres ont établi des divisions dans l'iritis. Je ne prendrai pas la peine de discuter ni l'iritis typhoïde, qu'ont voulu établir Hewson et Wallace, pas plus que l'iritis congestionnelle, l'iritis plétorique, veineuse, laiteuse, nerveuse de M. Bourjot (*Bull. de la Soc. méd. prat.*, page 59) ; il en est de même des iritis variolique, rubéolique, scorbutique, sympathique, etc.

L'existence de l'iritis hydrargyrique admise par Travers, Salomon, Dieterick, d'Ammon, est rejetée par Flarer, Rosas, Thompson, Lawrence. Mais il reste quatre variétés plus généralement admises, et à propos desquelles on a surtout fait jouer un rôle important à la déformation de la pupille.

En France, assez généralement, quand on a parlé d'une inflammation rhumatismale, arthritique, scrofuleuse, etc., on veut dire seulement que chez un individu en proie ou sujet à l'une de ces affections, les maladies de l'œil, comme toutes les autres, sont ou peuvent être plus ou moins modifiées dans leur marche, dans leur traitement et dans leurs suites, par les dispositions spéciales dont il s'agit. Mais toute l'école de Beer, reproduite chez nous par Weller (tome I, page 145, pl. 4), est partie d'une autre base, et elle veut que les caractères anatomiques de la maladie et, en particulier, le genre de déformation de la pupille, en indiquent la cause, et, qu'en regardant un œil affecté d'iritis, on puisse distinguer au premier coup d'œil les différentes sortes d'iritis l'une de l'autre. Ces idées avaient obtenu quelque crédit, grâce à l'appui de M. Sichel, disciple éminent de Beer et de Jœger, lorsque M. Velpeau les attaqua vigoureusement, et dans ses écrits et dans ses leçons cliniques. Les résultats auxquels je suis arrivé me font adopter complétement les opinions de ce dernier chirurgien.

Si j'avais à envisager ce sujet d'une manière générale, je ferais d'abord remarquer les nombreuses divergences qui séparent les auteurs : ainsi l'iritis scrofuleuse, admise par les uns, est repoussée par d'autres, tels que Flarer, tandis que Mackenzie en établit une primitive et une secondaire. Quant à l'iritis arthritique, Juncken, Rosas, d'Ammon l'admettent sans restriction ; Mackenzie hésite, au contraire, à l'accepter, et M. Pamard l'a décrite sous le nom d'iritis parenchymateuse. Il en est de même de l'iritis rhumatismale, sur les symptômes de laquelle le désaccord est complet ; il n'est pas jusqu'à l'iritis syphilitique dont quelques-uns ont fait une iritis mercurielle. Pour ne rappeler ici que les divisions établies par quelques oculistes célèbres :

Mackenzie reconnaît des iritis : 1° rhumatismale ; 2° syphilitique ; 3° blennorhagique ; 4° scrofuleuse ; 5° arthritique ; 6° sympathique ; 7° syphilitique fausse.

Selon d'Ammon, il y a des iritis : 1° rhumatismale ; 2° scrofuleuse ; 3° arthritique ; 4° syphilitique ; 5° mercurielle.

Relativement aux déformations de la pupille : dans l'iritis rhumatismale, la pupille est irrégulière, grisâtre, offrant souvent des adhérences avec la capsule (Mackenzie) ; ovoïde verticalement (Beer, Lebaudy). Dans l'iritis arthritique, la pupille est allongée transversalement (Beer, d'Ammon), excepté chez les individus maigres où elle est rétrécie, sans forme spéciale, ou enfin tirée de haut en bas. Dans l'iritis scrofuleuse, la pupille est irrégulière (Mackenzie), à forme ovale, et comme tirée en haut (Beer). Enfin, dans l'iritis syphilitique, la pupille est tirée en dedans (Weller), et en haut (Beer, Mackenzie), quelquefois contractée et anguleuse (d'Ammon). On trouve déjà dans ces résultats un bon nombre de contradictions ; mais voyons les faits.

En récapitulant les données fournies par les observations relatées plus haut, je trouve que dans la première observation, où il s'agit d'un malade n'ayant aucuns antécédents scrofuleux, syphilitiques ou arthritiques, et chez lequel on pourrait tout au plus admettre quelque influence rhumatismale, on voit la pupille présenter le premier jour deux angles occupant la partie supérieure, et qui auraient donné à l'ouverture de l'iris la forme d'un carré, si deux autres angles eussent existé à la partie inférieure ; le deuxième jour, cette même pupille est oblongue comme si elle était tirée en haut et en dehors ; et enfin, le troisième jour, elle est devenue sensiblement circulaire. Il n'y a là aucune des formes indiquées par les auteurs pour les iritis spécifiques, et la forme verticale de l'iritis spécifique rhumatismale est tout justement évitée.

Dans la deuxième observation, chez un homme qui n'a non plus aucun antécédent spécifique, la pupille qui, le premier jour, a son grand diamètre transversal, devient au bout de quelques jours pentagonale, puis hexagonale, puis enfin régulière ; ce qui veut dire que le premier jour, Beer eût reconnu une iritis arthritique, et que le lendemain c'eût été une iritis scrofuleuse pour Mackenzie.

Dans la troisième observation, c'est une pupille qui, le premier jour, est ovalaire, à grand diamètre dirigé en haut et en dedans (iritis syphilitique), chez un malade qui n'a jamais eu la vérole.

Pour la quatrième observation, je trouve une pupille allongée transversalement, chez une femme qui n'a jamais eu ni syphilis, ni attaques de goutte, ni rhumatisme.

La cinquième observation paraîtrait donner raison à Beer ; en effet, c'est un jeune homme qui a eu des chancres, un an auparavant, et qui a une iritis avec une pupille tirée en haut et en dedans ; mais ce malade n'a aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ; or, l'iritis connue pour accident secondaire est excessivement rare, si tant est qu'on l'ait jamais observée ; et, de plus, ce même malade est sous une influence

rhumatismale bien plus évidente, de telle façon que la déformation pupillaire n'éclaire absolument rien.

Dans la sixième observation, c'est une iritis syphilitique avec une pupille en forme de feuille de trèfle, qui ne tarde pas à devenir carrée.

La septième observation est encore un cas d'iritis syphilitique; ici, la pupille est d'abord à peu près quadrilatère, mais cependant tirée en haut et en dehors, puis elle se montre avec un grand diamètre vertical (iritis rhumatismale) pour devenir bientôt transversale (iritis arthritique).

Dans la huitième observation, c'est une iritis double, et la pupille est tirée en bas et en dehors dans l'œil droit, en bas et en dedans pour l'œil gauche.

L'iritis simple de la neuvième observation nous montre une pupille d'abord ovalaire, qui ne tarde pas à devenir quadrilatère.

Dans la dixième observation, on rencontre une pupille tirée en bas et en dedans, genre de déformation qui ne veut rien dire.

Puis vient l'iritis chronique simple de la onzième observation, dans laquelle les deux pupilles sont ovalaires en sens opposé.

Enfin, la douzième observation nous a offert une pupille tirée directement en haut.

Si, à ces résultats, j'ajoute qu'un malade (cas rapporté par M. Velpeau) fort et vigoureux, exerçant la profession d'ébéniste, et qui avait été pris, trois semaines auparavant, d'une iritis aiguë intense, sans cause appréciable, offrait, à son entrée, une pupille déformée, comme tirée en haut et en dedans (iritis syphilitique), quelques jours après tirée en haut et en dehors (iritis scrofuleuse), et enfin tirée plus tard transversalement (iritis arthritique), et que ce jeune homme n'avait jamais eu ni syphilis, ni rhumatisme, ni accès de goutte, et qu'il était d'une constitution vigoureuse, je me croirai autorisé à admettre ce que le raisonnement rendait probable *à priori*, à savoir, que les déformations de la pupille ne sont nullement produites sous l'influence des causes spécifiques, et que celles-ci ne les régissent en aucune façon.

Il est vrai que les auteurs qui ont cru devoir admettre des iritis spécifiques n'ont pas donné comme seul signe distinctif la déformation de la pupille; ils en ont accumulé d'autres dont la valeur n'est pas plus réelle, mais dont il ne m'appartient pas de discuter ici l'importance.

Je dois seulement, puisque l'occasion s'en présente, attirer l'attention sur la fausse interprétation donnée à l'un d'eux, le *cercle arthritique;* j'espère me faire pardonner cette digression en produisant quelques remarques qui me paraissent neuves, et qui m'ont été suggérées par l'examen d'un grand nombre d'yeux au Bureau central.

Je me suis, en effet, convaincu qu'il peut exister autour de la cornée deux sortes de cercles gris bleuâtres, dont le siége anatomique, le mode de production et la valeur séméiologique ne sont pas les mêmes.

Le premier, dont on a voulu faire un signe de l'iritis arthritique, mais qui, en réalité, peut se rencontrer dans toutes les variétés d'iritis,

est étroit, d'un gris bleuâtre, de même largeur dans tous les points où il existe, et dépend de la distribution des vaisseaux iridiens. Il est situé entre la cornée et le cercle radié sclérotical; aussi peut-on l'appeler *cercle gris sclérotical* ou *péricornéal*. Voici son mode de formation. Les artères de l'œil sont de deux ordres : les unes, musculaires, se perdent dans les muscles et dans la conjonctive, et transversent aussi, sous forme de ramuscules en certain nombre, la sclérotique dans son quart antérieur, pour s'anastomoser avec les vaisseaux internes; les autres, les ciliaires, courtes et longues, rampant à la surface interne de la choroïde, viennent jusqu'auprès des procès ciliaires avant de se classer en trois groupes. L'un pénètre la sclérotique de dedans en dehors pour s'anastomoser avec les précédentes et alimenter la cornée; le second se ramifie et se termine dans le cercle et les procès ciliaires, pendant que le troisième se replie en dedans pour former, par ses subdivisions, le réseau artériel de l'iris. Avec une semblable disposition, on conçoit très-bien qu'il existe, dans l'iritis aiguë, un anneau vasculaire autour de la cornée : c'est le *cercle radié sclérotical*. Si l'inflammation porte plus spécialement sur les couches postérieures de l'iris, et si elle retentit d'une manière quelconque dans la choroïde, l'anneau sera moins vif, et séparé de la cornée par un liséré gris plus large que dans l'autre cas. Le *liséré gris péricornéal* manquera, si l'iritis s'est étendue jusqu'à la chambre antérieure, ou se complique de kératite et d'inflammation de la membrane de Descemet. Il en résulte, enfin, que le cercle gris bleu, le *cercle arthritique* des Allemands, est dû tout simplement à la disposition des vaisseaux, et indique que l'iritis n'a pas encore réagi comme inflammation sur aucune des lames de la cornée. Mais si la cornée est enflammée, surtout depuis un certain temps, on voit souvent des vaisseaux se prolongeant sur elle et dont la base se continue avec ceux de la conjonctive enflammée; or, à droite et à gauche de ces vaisseaux, on voit, vers la circonférence de la cornée, se déposer une traînée blanchâtre, qui n'est autre chose qu'un dépôt plastique entre la conjonctive cornéenne et les lamelles. Ces traînées, en se réunissant, forment une couche assez uniforme, étroite, qui, existant tout autour de la cornée, dans certains cas pourrait être confondue avec le cercle arthritique; c'est un *cercle gris cornéal*, qui indique la kératite, le précédent accompagnant l'iritis; c'est une des origines du cercle sénile; mais on le trouve chez les plus jeunes sujets.

Si, comme je crois l'avoir établi, la déformation de la pupille n'a aucune relation avec l'espèce d'iritis, il me reste à chercher sous quelle influence cette déformation, si variable, se produit. Mais j'ai besoin, avant tout, de rappeler quelques points de la structure de l'iris.

Un mot, auparavant, des opinions émises à ce sujet, et l'on verra que cette question a donné lieu à de nombreuses controverses.

L'iris est-il composé de fibres musculaires? S'il en est formé, quelle est leur nature, leur arrangement? S'il n'est pas musculaire, de quelle espèce est son tissu?

Petsch, Lope, Gravezande, Rau, Drelincourt, Janin et d'abord Zinn, prétendent que l'iris n'est composé que de fibres rayonnées; Morgagni, Duverney, Demours, Treviranus disent, au contraire, qu'il n'est formé que de fibres circulaires; Meckel est d'avis qu'il y existe un sphincter extérieur et un sphincter intérieur.

Ruysch, Winslow, Whytt, Porterfield, E. Home, Boerhaave, Cloquet, Saunders, Ch. Bell, Rosas, opinent que l'iris est formé de fibres rayonnées et circulaires; Monro et Maunoir diffèrent; l'un déclare avoir trouvé le muscle orbiculaire vers le bord de la pupille, et que les fibres rayonnées s'écartent vers le bord ciliaire; tandis que l'autre, ce qui est assez curieux, veut prouver le contraire, c'est-à-dire que les fibres circulaires siégent vers le bord ciliaire, et que les rayonnées s'en éloignent vers la pupille. Jacob n'est pas de l'avis des autres, prétendant que les fibres musculaires siégent sur la face antérieure de l'iris, quoique en général, on les suppose sur la face postérieure.

Méry, Valsalva, Weitbrecht, Haller et Sommering, d'accord avec Blumenbach, disent n'avoir jamais été en état de découvrir à l'œil armé les fibres musculaires de l'iris. Haller dit que la contraction et la dilatation dérivent des vaisseaux sanguins érectiles. Hildebrand est du même avis. Troxler croit que la pupille est contractée par les artères et dilatée par les veines, que les nerfs sont l'agent intermédiaire qui influe sur les unes et sur les autres. Hebenstreit appelle cette mobilité *turgescence vitale*. Whytt a fait des expériences en injectant de l'eau bouillante, immédiatement après la mort, dans les artères de l'iris, sans y trouver aucun changement. Blumenbach trouve qu'il n'en est pas ainsi, des vaisseaux n'ayant jamais été observés dans les fièvres ni dans une congestion cérébrale, quoique l'iris se contractât plus fortement. On n'a pas non plus observé sur des pendus, dont la congestion cérébrale est violente, que la pupille se contractât, mais plutôt qu'elle se dilatait; sur les lapins blancs, on ne voit aucune injection quand la pupille est contractée. Burdach et Bichat croient que l'iris est formé d'un tissu fongueux, floconneux, érectile.

Rudolphi et Palmedo s'accordent à regarder le tissu de l'iris comme ressemblant au tissu musculaire, quoique ne l'étant pas, et possédant presque les mêmes qualités. Selon Weber, on ne trouve pas de fibres musculaires au microscope; l'électricité agit différemment sur les muscles que sur l'iris. De Humboldt, Creve, Phalt, Weber et Volta n'ont pu faire contracter l'iris après la mort. Nysten l'a fait contracter pendant deux heures chez les sujets décapités. Maunoir, Reinholdt, Fowler ont obtenu le même résultat. Mackenzie croit avoir vu, sur le cadavre, que la pupille est plus petite quand le corps ciliaire s'est étendu; et réciproquement, que le corps ciliaire s'est rétréci autour du cristallin dans la dilatation de l'iris, et il regarde l'iris et le corps ciliaire comme antagonistes. Arnold admet, outre les vaisseaux et les nerfs, un tissu cellulaire délié formant, au bord pupillaire, un bourrelet qui, en se condensant, rétrécit la pupille.

D'Ammon admet l'opinion d'Arnold et celle de la *vita propria* de Blumenbach. Grimelli de Modène observe la contraction de l'iris quand on l'injecte, ce serait donc un tissu vasculaire turgescible. Berzelius y trouve de la fibrine (1840). Le docteur Krohn, de Saint-Pétersbourg (1837) a trouvé les fibres se dirigeant perpendiculairement du bord ciliaire vers la pupille, comme vers leur centre commun, sans pouvoir s'assurer si elles confluent ou forment des anneaux; il trouve la plus grande ressemblance entre les fibres de l'iris et celles de l'œsophage. Kobbelt (1839) a décrit un muscle sphincter que l'on voit mieux quand la membrane pupillaire existe. Selon Valentin, l'iris est formé d'un seul muscle composé de faisceaux et de fascicules musculaires, dont les uns ont la faculté de resserrer la pupille, les autres de la déployer. Les fibres dilatantes sont les extenseurs, les fibres contractantes sont les fléchisseurs. Henle, Pappenheim ont trouvé des fibres musculaires sans stries transversales; Hall admet une couche musculaire en arrière, vasculaire en avant.

On le voit, quoique l'opinion qui admet les fibres musculaires prédomine, on ne trouve rien de bien précis à cet égard; or, voici ce que les recherches minutieuses et répétées m'ont démontré.

Le cercle ou ligament ciliaire n'est autre chose qu'un véritable ligament, se continuant avec la portion celluleuse de la choroïde en arrière, s'adaptant en dehors dans le sillon de la sclérotique où il se fixe, et donnant naissance en avant et en dedans aux fibres de l'iris. Ce ligament composé de fibres tendineuses et élastiques est traversé par beaucoup de vaisseaux et de nerfs; chez les oiseaux il contient des fibres musculaires (muscle de Crampton). En étudiant l'iris de bœuf et même celui de l'homme macéré, j'ai vu les fibres qui le composent disposées en faisceaux partant du ligament ciliaire, et converger en rayonnant vers le bord pupillaire, d'abord exactement parallèles, puis se partageant en fibrilles qui vont s'anastomoser entre elles, et constituent un réseau formé d'arcades plus ou moins régulières, arcades dont la série forme le petit cercle de l'iris; les mailles sont d'autant plus serrées qu'on s'approche davantage du bord pupillaire. La face antérieure est recouverte d'un épithélium pavimenteux. C'est surtout vers le grand cercle que les fibres sont bien appréciables; la nature chimique de ces fibres, leurs propriétés autorisent à les regarder comme musculaires.

Les physiologistes ne sont nullement d'accord sur le moment où l'iris est en repos. Weber et Palmedo nous donnent des explications très-détaillées à ce sujet. Whytt, Porterfield, Haller, Blumenbach, Bichat, Hildebrandt, Adams et Tréviranus, considèrent la dilatation de la pupille comme l'état de repos de l'iris; tandis que Fontana, Zinn, Toravec, Dœmling, prétendent que l'iris se repose quand la pupille est resserrée; et que, d'un autre côté Tiédemann, Rudolphi, Grappengieser, Weber, Jones, Valentin, pensent que c'est dans l'intervalle du resserrement et de la dilatation de la pupille que l'iris est en repos. Heyar, ce qui est au moins curieux, avance que l'iris ne se repose jamais.

Je ne veux que signaler ces divergences sans discuter ici ce point de physiologie, me bornant à ajouter qu'il me paraît raisonnable d'admettre que la dilatation et le rétrécissement de la pupille dépendent l'un et l'autre d'une contraction active de l'iris.

Quoi qu'il en soit, il me semble facile de saisir le mécanisme des déformations de la pupille dépendant d'une simple inflammation sans produits nouveaux, sans adhérences. La première et la deuxième observations sont remarquables sous ce rapport ; on assiste, pour ainsi dire, au mode de production de la déformation et à son mode de disparition. En effet, l'on voit dans le principe la déformation constituée par deux angles à la partie supérieure; or, c'est dans ce même point que l'iris a changé de couleur et présente une injection considérable. Bientôt l'angle externe seul persiste, l'injection et la coloration anormales ont disparu en dedans, en même temps que l'angle interne. Il reste donc évident que c'est l'inflammation qui gouverne la déformation pupillaire, que celle-ci a lieu dans tel ou tel sens, selon que la phlegmasie domine dans tel ou tel point.

La pupille est tirée vers le point le plus enflammé et là l'iris ne représente plus qu'une bandelette étroite, parce que les fibres enflammées n'ont plus la même énergie d'action. (*La fin au prochain numéro.*)

Note sur les nerfs de l'utérus, *lue à la Société de biologie, par le docteur* **Ludovic Hirschfeld.**

Il n'y a pas de question qui ait été plus discutée et qui ait été résolue plus différemment, même dans cette enceinte, que celle des nerfs de l'utérus. Je ne viens pas ici uniquement pour ajouter une nouvelle opinion à celles qui ont déjà été émises et pour chercher à entraîner la Société dans des débats stériles; je désire surtout faire part des observations qui m'ont été suggérées par l'examen des pièces de MM. Robert Lee et Snow-Beck, et tâcher de mettre d'accord mes propres idées et celles de ces deux anatomistes. Ces derniers, bien qu'ils soient arrivés à des résultats en grande partie opposés, ont pourtant mérité tous les deux une médaille royale à cause de l'importance de leurs travaux.

On s'est demandé tour à tour : Existe-t-il des nerfs de l'utérus; et s'ils existent, le corps et le col en sont-ils pourvus? Ces nerfs sont-ils grêles ou volumineux? Leur volume augmente-t-il sous l'influence de la gestation?

J'ai déjà répondu à toutes ces questions dans la huitième livraison de mon ouvrage, où je m'exprime ainsi :

« Tout le monde connaît les débats que l'existence des nerfs de l'utérus a soulevés, dans ces derniers temps, parmi les anatomistes les plus distingués. Robert Lee a fait représenter un plexus nerveux se rendant au museau de tanche; M. Jobert (de Lamballe) soutient n'avoir jamais rencontré de nerfs dans la partie vaginale du col utérin; depuis les tra-

vaux de ces anatomistes, les opinions sont partagées : les unes admettent ces nerfs, les autres les rejettent.

« S'il m'est permis, au milieu de ces dissidences scientifiques, de conclure de mes propres recherches, je dirai que le col, aussi bien que le corps de l'utérus, est pourvu d'un système nerveux émané des nerfs de la vie organique et de ceux de la vie de relation, mais principalement des premiers. Quant à l'augmentation de volume des nerfs utérins pendant l'état de gestation, soutenue par Robert Lee et niée par M. Jobert et ses partisans, c'est une question jugée à l'heure qu'il est et qui ne souffre aucune discussion. En effet, tout nerf qui a été soumis à une macération prolongée augmente de volume ; sous l'influence de la grossesse, tous les liquides étant appelés vers l'utérus, qui devient un centre de fluxion, les nerfs utérins subissent une véritable macération et prennent de l'accroissement. Cet accroissement de volume ne se fait pas dans le tube nerveux même, mais dans le névrilème (fibres nerveuses de Remak), qui est proportionnellement très-développé dans les nerfs du grand sympathique, dont il est un des éléments essentiels, une partie intégrante. »

Aux opinions que je citais il y a quatre mois, on pourrait ajouter celle de M. Velpeau, qui affirme que le col est sensible; celle de M. Depaul, d'après lequel, si le col est insensible dans certains cas, dans d'autres cas, au contraire, sous l'influence de certaines modifications pathologiques, il est sensible. Les préparations faites à l'occasion du dernier concours pour le prosectorat nous montrent des nerfs au corps et au col de l'utérus; mais, sur certaines pièces, ces nerfs sont nombreux et volumineux; sur d'autres, ils sont grêles et en plus petit nombre; enfin, d'après Snow-Bek, les nerfs du corps et du col de l'utérus sont peu nombreux et très-grêles.

Ces dissidences de la part d'observateurs aussi habiles, viennent, il me semble, de ce qu'ils n'ont pas tous employé les mêmes procédés de dissection, ou bien de ce qu'ils étaient dominés par certaines préoccupations physiologiques, ou de ce qu'ils ont donné des interprétations différentes aux résultats qu'ils ont obtenus.

Bien avant d'examiner les pièces de MM. Robert Lee et Snow-Bek, j'avais disséqué ces nerfs sur des sujets non infiltrés, sur des femmes infiltrées ou mortes en couches, et enfin, sur des sujets qui avaient macéré pendant trois ans dans l'acide nitrique étendu d'eau.

Sur une femme adulte non infiltrée, les nerfs de l'utérus, débarrassés du tissu cellulaire et des vaisseaux qui les masquent, ont un aspect blanc nacré comme le plexus hypogastrique d'où ils émanent, et ressemblent, pour un œil peu exercé, au tissu fibreux. Si l'on fait macérer la pièce dans l'eau pendant vingt-quatre heures, afin de dégorger les plexus veineux du sang qui les remplit, les nerfs sont plus apparents et augmentent légèrement de volume; lorsqu'on plonge ensuite cette même pièce dans l'acide nitrique étendu, le névrilème devient plus brillant et plus volumineux ; le faisceau des tubes nerveux jaunit sans

augmenter de volume d'une manière appréciable, et s'aperçoit par transparence au milieu du névrilème.

Après avoir disséqué ces nerfs sur une femme infiltrée ou morte en couches, on voit, en les comparant à ceux de la pièce précédente, que, sans les avoir plongés dans l'acide nitrique, ils sont plus gros.

Sur les pièces que j'avais fait macérer pendant trois ans, j'ai pu constater, de concert avec mon honorable collègue M. le docteur Robin, que l'augmentation de volume portait principalement sur le névrilème et non pas sur le faisceau des tubes nerveux qui apparaissait au centre du névrilème comme un filet jaunâtre très-grêle.

Ces observations me prouvent évidemment que, sous l'influence de la grossesse ou d'une macération quelconque, les nerfs utérins subissent une augmentation de volume, qui se fait surtout aux dépens du névrilème.

En faisant appel au raisonnement, j'irai plus loin, et je dirai que le faisceau des tubes nerveux doit, lui aussi, dans ces mêmes conditions, prendre un accroissement plus considérable, inappréciable à la vérité, mais réel.

Si l'on compare, en effet, le poids et les dimensions de l'utérus à l'état normal au poids et aux dimensions de l'utérus dans l'état de gestation (*Utérus à l'état normal :* poids, 45 à 60 grammes ; hauteur, 6 à 8 centimètres ; largeur, 4 centimètres ; épaisseur, 2 centimètres. *Utérus pendant la grossesse :* poids, 800 grammes à 1 kilogramme $^1/_2$; hauteur, 32 à 37 centimètres ; largeur, 24 centimètres ; épaisseur, 22 à 23 centimètres), et si l'on songe que le développement énorme subi par cet organe porte sur tous ses éléments anatomiques ; sur ses membranes séreuse et muqueuse, qui se sont allongées et épaissies ; sur son tissu propre, dont les fibres ont revêtu le caractère franchement musculaire ; sur ses vaisseaux, qui, loin de se redresser en s'allongeant, présentent des flexuosités plus nombreuses encore et ont augmenté de calibre ; pourquoi les tubes nerveux seuls feraient-ils exception et ne deviendraient-ils pas plus volumineux, d'autant plus qu'ils se distribuent dans une étendue plus considérable, et que leur enveloppe, le névrilème, s'est accrue d'une manière sensible? D'ailleurs, est-ce que les nerfs de l'utérus d'un embryon ou d'un fœtus sont aussi gros que ceux d'une femme adulte ? et ces parties n'augmentent-elles pas de volume sous l'influence de l'accroissement général de l'individu? Pourquoi donc, sous l'influence de la grossesse, l'utérus et ses nerfs ne se développeraient-ils pas simultanément, surtout si l'on observe que l'hypertrophie des éléments anatomiques a entraîné l'hypertrophie des propriétés restées jusqu'alors en quelque sorte à l'état latent? Ainsi, les fibres musculaires sont devenues contractiles ; la sensibilité de l'utérus, presque nulle auparavant, a augmenté à un tel point, que les femmes accusent parfaitement la sensation du toucher lorsqu'on explore cet organe, souvent alors très-douloureux.

Si les dissections ne montrent pas une augmentation de volume

appréciable dans le faisceau des tubes nerveux, c'est que ceux-ci ne s'accroissent en général que lentement; c'est que les tubes nerveux d'un enfant ne grossissent que peu à peu à mesure qu'il avance en âge, et ne se développent pas d'une manière aussi rapide que les autres parties de son corps; il n'est donc pas étonnant que, sous l'influence d'un accroissement partiel et d'une durée assez limitée, leur augmentation de volume ne soit pas sensible.

Cet exposé me permet, je crois, d'en revenir aux conclusions que je posais tout à l'heure, d'autant plus que les faits que j'ai signalés et sur lesquels je m'appuie sont parfaitement en harmonie avec ceux observés par Robert Lee. On voit, en effet, sur les pièces qu'il a déposées au musée de Saint-Georges, des nerfs nombreux et volumineux; seulement, ils ont un aspect blanc nacré uniforme, dû au liquide qui a servi pour la macération, liquide probablement peu convenable pour mettre les tubes nerveux en évidence.

M. Snow-Bek possède deux pièces, pour la préparation desquelles il a passé huit mois, enlevant jour par jour, avec des aiguilles et des pinces, comme il me l'a dit lui-même, non-seulement le tissu cellulaire, mais encore le névrilème, de sorte qu'il n'a laissé que le faisceau des tubes nerveux. Aussi, les travaux de ce dernier anatomiste ne doivent-ils pas, il me semble, être invoqués quand il s'agit du volume des nerfs de l'utérus; car il n'a présenté que des nerfs privés d'une de leurs parties constituantes, du névrilème.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

TROIS CAS DE RHUMATISME NERVEUX ATONIQUE; *par* M. ARTAUD, *D. M. à Gondrin* (*Gers*).

Si nous donnons place dans cette Revue aux essais souvent empiriques qui semblent constater l'efficacité d'un médicament, à plus forte raison faisons-nous attention aux idées dogmatiques qui tendent à établir des indications raisonnées. Les trois observations de M. Artaud sont dans ce cas. Nous en avons élagué seulement quelques longueurs; et l'on y sentira facilement encore le goût du terroir. Nous n'avons même rien voulu retrancher des réflexions qui les terminent, et qui sans être toutes d'une justesse absolue, peuvent cependant fournir aux praticiens de l'école de Paris matière à de sérieuses réflexions.

OBS. I. — Boubée, 25 ans, tempérament lymphatique nerveux, constitution assez faible, à la suite de longues fatigues et d'un travail pénible, commença à se sentir malade en mars 1851. Tout d'abord il n'éprouva qu'une lassitude inaccoutumée et des douleurs vagues qui lui parcouraient le corps, surtout aux articulations. Peu à peu, le mal fit des progrès : ses articulations devinrent extrêmement douloureuses, et il lui fut dès lors impossible de marcher. Le médecin qu'il appela constata un rhumatisme articulaire, et institua, pour le combattre, un traitement anti-phlogisti-

que. Au moyen de cette médication, les douleurs articulaires redoublèrent, et le médecin, à bout de son traitement, engagea Boubée à prendre les eaux de Barbotan. Quelques bains furent pris en effet; mais il ne put longtemps les continuer, vu sa grande faiblesse et la recrudescence des douleurs.

Il rentra donc chez lui le 10 août 1851, souffrant toujours de plus en plus, et ne pouvant prendre de repos ni nuit ni jour. M. Artaud fut appelé le 16 août. Outre les vives douleurs des articulations, lesquelles s'étaient montrées sans tuméfaction ni rougeur, l'état général qui se traduisait au dehors par une grande prostration de forces, offrait la trace d'une affection qui minait activement l'organisme. Le tempérament du malade, sa constitution, l'excès de travail et quelques autres renseignements servirent à établir le diagnostic; M. Artaud reconnut un rhumatisme purement nerveux ou dynamique. Il y avait donc deux indications à remplir : 1° détruire l'irritation nerveuse, qui elle-même entretenait les douleurs; 2° relever les forces épuisées. Les calmants unis aux préparations de quinquina eurent pour effet d'apaiser les douleurs au bout de sept à huit jours. Dès lors, on ne s'occupa plus que de réparer les forces au moyen des préparations de quinquina. Au bout d'un mois d'un pareil traitement, le jeune Boubée se trouva totalement débarrassé de son affection rhumatismale.

Obs. II. — Armagnac, 24 ans, tempérament bilioso-nerveux, constitution assez forte, fut frappé à 20 ans par la loi du recrutement. Au régiment, des symptômes de nostalgie ne tardèrent pas à se montrer, et à leur suite des douleurs articulaires fort vives. Le malade fut envoyé à l'hôpital, où il passa quelques mois sans éprouver la moindre amélioration. Les médecins, pensant avoir affaire à une maladie incurable (car son billet de réforme portait : *rhumatisme* avec commencement de pulmonie), le firent réformer. Rentré chez lui, il tomba entre les mains d'un officier de santé, véritable Chirac, qui, pour guérir son rhumatisme, lui fit trois ou quatre saignées dont il fut loin de bien se trouver.

M. Artaud le vit le 16 mai 1850. Les douleurs articulaires étaient assez vives, mais il n'y avait ni rougeur ni tuméfaction; la fonction respiratoire était un peu dérangée, mais cependant le poumon n'était point matériellement lésé. Ce qui semblait dominer, c'était une prostration profonde des forces, que la nostalgie antérieure venait parfaitement expliquer. M. Artaud diagnostiqua en conséquence un rhumatisme nerveux atonique, et employa les préparations de quinquina. Sous l'influence de ce traitement, le jeune Armagnac fut entièrement guéri au bout de deux mois. Aujourd'hui, il travaille à la terre, et on ne se douterait pas qu'il a été réformé.

Obs. III. — Marie A...., 32 ans, tempérament lymphatico-nerveux, constitution assez faible; depuis l'âge de 25 ans, est atteinte d'hystérie atonique, sans que cette affection ait amené cependant de graves incommodités. Au mois de mars dernier, elle éprouva, sans cause connue, de vives douleurs aux articulations, quoiqu'il n'y eût ni tuméfaction ni rougeur; le mouvement devenait presque impossible, et la malade fut obligée de renoncer à tout travail et de garder presque toujours le lit. Le jeune docteur qui la soignait, nouvellement arrivé de la Capitale, faisait jouer la lancette et les sangsues sans résultat. Enfin, la malade, voulant guérir à tout prix, se fit porter chez M. Artaud dans une voiture, le 20 mai. Celui-ci reconnut immédiatement la nature de ce rhumatisme, et ordonna les préparations de quinquina, unies aux préparations ferrées. Ce traitement produisit un si bon résultat, qu'un mois après cette femme put faire six lieues pour venir remercier son médecin.

« Un médecin portugais, dont le nom m'échappe, dit M. Artaud, a vanté pres-

que exclusivement le quinquina dans le traitement du rhumatisme. Si je tenais à faire du bruit au détriment de la vérité, je pourrais, moi aussi, en réunissant les quelques observations que je possède, vanter outre mesure ce médicament. En agissant ainsi, je ne ferais qu'imiter la plupart des médecins du jour, qui le plus souvent, sur un simple cas de guérison, sont à prôner dans les journaux tel ou tel remède. Je le demande hautement aux praticiens consciencieux, ne déplorent-ils pas comme moi cette tendance médicale? Est-ce ainsi qu'ont procédé les grands praticiens que nous sommes forcés d'admirer malgré les prétentions du positivisme moderne? Non, ces hommes n'agissaient pas ainsi à la légère; ils allaient chercher dans la nature des maladies les indications nécessaires pour les traiter. A l'aide de cette méthode inductive, que leur génie leur avait instinctivement fait découvrir, ils posèrent les bases pratiques des diverses classifications des maladies... *Naturam morborum curationes ostendunt*, avait dit Hippocrate, et tous les grands praticiens, pénétrés de cette vérité du Père de la médecine, admirent des modes divers dans la même affection suivant que tel ou tel traitement leur avait réussi. C'est ainsi que dans les rhumatismes, par exemple, ils se virent forcés d'en admettre plusieurs espèces, précisément parce que les divers traitements dont ils s'étaient servis pour les guérir avaient été plus ou moins favorables. Cette manière de procéder est tellement logique, qu'à moins de soupçonner un intérêt particulier, on ne peut pas comprendre qu'on lui fasse la moindre opposition.

« Cependant, la chose n'est que trop vraie, la médecine moderne a choisi une autre voie pour arriver à la vérité. A la méthode inductive elle préfère, comme l'a si bien dit le professeur Lordat, *la méthode latitudinaire*, qui substitue brutalement l'hypothèse à la nature, et qui donne accès à tous les systèmes sans aucun contrôle. L'affection rhumatismale, telle qu'on la suppose aujourd'hui, offre un déplorable exemple de ce que nous disons. Lisez les ouvrages des hommes les plus haut placés dans la science, et vous verrez que, pour tous ces médecins, le rhumatisme est toujours une inflammation qu'il faut traiter par la saignée et tout l'appareil anti-phlogistique. Or, comme ce cadre est extrêmement étroit, et que la nature ne peut s'en contenter, il arrive fort souvent qu'elle reste rebelle à tous ces moyens; alors le praticien, qui est forcé de guérir son malade, prend au hasard un remède dans la matière médicale, et *expérimente;* bientôt les journaux de médecine nous annoncent le résultat de ses travaux, et la thérapeutique du rhumatisme se trouve dotée d'un nouveau médicament. De cette manière, je ne doute pas qu'avant longtemps on ne passe en revue tous les remèdes de la matière médicale. »

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

OBSERVATION DE THYROÏDITE AIGUE; *par* Z. MERCHIE, *médecin de garnison, à Gand.*

La *thyroïdite aiguë* est une affection extrêmement rare. L'auteur de l'observation qu'on va lire en a vainement cherché la description dans les auteurs français : il a été, dit-il, plus satisfait des pathologistes allemands, dont les descriptions ont confirmé sa manière de voir et de faire dans cette affection.

OBS. — Sobet (Constantin), âgé de 20 ans, d'une forte constitution, fut surpris, pendant la nuit du 5 au 6 novembre 1851, par des frissons, de la céphalalgie et du mal de gorge, qu'il attribua à un refroidissement provenu d'un carreau de vitre brisé qui se trouvait au-dessus de son lit. Il continua cependant à faire son service; mais le lendemain, se sentant plus mal, il entra à l'hôpital.

A son entrée, il présente les symptômes suivants : Face rouge, injectée, couverte de sueur; peau chaude et moite; pouls

plein, dur, accéléré; céphalalgie intense, soif, inappétence, constipation. Il se plaint d'une douleur à la région thyroïdienne; on reconnaît un développement considérable de la glande de ce nom, qui, au dire du malade, ne s'est produit que depuis la veille; la tumeur, du volume d'un œuf de poule, est dure, douloureuse à la pression, coupée à sa partie droite par une intersection fibreuse, sans accroissement de température et sans changement de couleur à la peau; son siége est dans la fossette sus-sternale, un peu vers la droite; elle accompagne le larynx dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement. Les fonctions de la respiration s'exécutent normalement.

A la visite du 8, le malade déclare se sentir mieux et avoir goûté quelques heures de sommeil la nuit; la céphalalgie a diminué. Il existe une légère toux sèche, qui détermine des élancements douloureux dans la tumeur sous-hyoïdienne. La langue présente à la base un mince enduit muqueux; soif vive, inappétence; peau chaude, couverte de sueur, pouls moins développé que la veille, à 100. Le sang de la veille s'est pris en un caillot résistant, offrant une couenne inflammatoire très-épaisse. *On prescrit l'application sur la tumeur de dix sangsues suivies d'un cataplasme émollient, et en outre* 0,05 *gr. de tartre stibié en lavage.*

Le 9, l'anorexie et la soif persistent; la céphalalgie s'est complétement dissipée; la toux existe encore, mais elle est beaucoup moins fréquente. Le pouls a perdu de son accélération. — Prescription : *Tartre stibié,* 10 *centigrammes; tamarin,* 30 *grammes; sulfate de soude,* 15 *grammes; eau,* 200 *grammes.*

Le 10, le volume de la tumeur a déjà diminué et la pression n'y provoque plus de vives douleurs; l'appétit est revenu; le pouls a sa souplesse et sa fréquence normales; absence de toute fièvre. — *On accorde au malade quelques aliments légers, et on ordonne l'application sur la glande thyroïde d'un cataplasme émollient.*

Le 11, la tumeur est encore douloureuse pendant les rares accès de toux qui surviennent au malade, particulièrement la nuit. Son volume continue à décroître; sa dureté première a fait place à une légère mollesse. — *Continuation du cataplasme.*

Le 12, toute douleur a quitté la tumeur, qui ne fait plus qu'une légère saillie au-dessous du larynx. Dans le but d'en obtenir la résolution complète, on prescrit des frictions avec la pommade suivante : *Iodure de potassium, 4 grammes; iode,* 10 *centigrammes; axonge,* 30 *grammes.*

Le 13 et jours suivants, on fait continuer les mêmes frictions trois fois par jour, et exercer sur la région thyroïdienne le plus haut degré de compression possible.

Aujourd'hui (26 novembre), la disparition de la tumeur n'est pas encore complète; elle ne gêne en aucune façon celui qui la porte, et son volume est descendu au-dessous de celui d'un œuf de pigeon.

Le docteur Schoninger, dans le *Wurtemberg Corresp. blatt,* 1842, n° 13, rapporte quatre cas de thyroïdite aiguë :

1° Chez une femme de 35 ans, un refroidissement amena un gonflement inflammatoire de la partie moyenne de la glande, dont on obtint la résolution au moyen de sangsues et de frictions mercurielles.

2° Chez une femme de 36 ans, la maladie fut la suite d'un refroidissement, semble-t-il; elle résista aux antiphlogistiques, et la suppuration s'établit. Le sixième jour, après une sensation d'étouffement prolongée, une grande quantité de pus fut évacuée par le vomissement; l'induration persista pendant quelque temps dans la glande.

3° Une petite fille de 3 ans, à la suite d'une forte contusion de la gorge avec violence, présente une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, et dont on ne peut obtenir la résolution. Bientôt la fluctuation devint manifeste, et comme

l'abcès ne semblait pas offrir de tendance à s'ouvrir vers l'extérieur, il fut vidé au moyen d'une incision.

4° La maladie, chez une jeune fille de 19 ans, se déclara après qu'elle eut porté un lourd fardeau sur la tête : on en obtint la résolution par les sangsues et les frictions mercurielles.

Michel (*même journal*) observa l'inflammation d'un goître chez un homme. Au milieu de symptômes assez graves, la suppuration survint, l'abcès s'ouvrit à l'extérieur; après l'évacuation totale du pus, la guérison ne tarda pas à avoir lieu; on vit alors que le goître avait disparu. J. Franck dit avoir observé cinq exemple de thyroïdite aiguë. Dans un cas rapporté par Weitenweber, elle survint à la suite de la répercussion de la gale. D'après Rokitansky, on trouve quelquefois des foyers purulents métastatiques dans la glande thyroïde, lorsqu'il en existe de semblables et en grand nombre dans d'autres organes; cela se voit surtout dans la fièvre puerpérale.

Enfin, le docteur Canstatt (*Manuel de médecine clinique*, t. III, 2e partie, p. 122, Erlangen, 1843) en a donné une description qui présente le plus grand rapport avec le cas observé par M. Merchie. Le point le plus important est que le pronostic est généralement favorable; d'ailleurs, les faits sont peut-être encore trop peu nombreux pour permettre des conclusions trop générales.

(*Archiv. belges de méd. milit.*)

De l'emploi des affusions froides dans la scarlatine ; *par* M. West.

Tel est le titre d'une communication faite à la Société médicale du Haut-Rhin par M. le docteur West.

« Vous savez, a-t-il dit, combien la scarlatine est souvent traîtresse ; vous savez combien souvent, malgré un diagnostic bien établi et un pronostic favorable, le mal revêt en peu d'heures le caractère le plus grave, et que les enfants qu'on avait vus en bonne voie tombent comme foudroyés quelques heures, quelques moments après qu'on les a quittés.

« La scarlatine a régné épidémiquement dans quelques localités des environs de Soultz pendant l'hiver de 1849-1850, et pendant le printemps et l'été de 1850.

« Un village peu étendu fut envahi le premier. L'épidémie fut très-meurtrière, et, je dois l'avouer, sur les 36 enfants que j'ai vus et qui forment la presque totalité des enfants de un à sept ans, je n'en sauvai qu'un très-petit nombre; et presque tous ceux qui furent attaqués violemment succombèrent.

« Ce n'est qu'au printemps et vers le déclin de l'épidémie que la maladie prit un caractère plus bénin, et que les enfants traités ou non revinrent à la santé. Au début, j'essayai tous les traitements indiqués, l'ammoniaque surtout; mais, encore une fois, presque tous ceux qui étaient fortement envahis ont succombé, soit aux accidents primitifs, soit aux complications. J'avais indiqué les affusions froides ; mais, soit que ce moyen fût employé trop tard, ou qu'il fût mal administré, je n'eus pas à m'en louer. L'épidémie s'étendit à d'autres localités, et j'ai remarqué que ce fut pendant les grandes chaleurs et pendant les grands froids qu'elle se montrait avec des symptômes plus graves.

« Voyant le peu de succès de tous les traitements essayés, je résolus d'employer énergiquement les lotions et affusions froides proposées par Currie. Je les ai mises en usage entre autres dans quatre cas graves, et dont les similaires (autant que possible) avaient été terminés par la mort.

« Ainsi, un enfant de sept ans est pris de scarlatine; les symptômes sont des plus graves. Les accidents cérébraux dominent; la saignée, les sangsues, les purgatifs, ne diminuent en rien le délire, les grincements de dents. L'enfant entre déjà dans ce délire lugubre que les auteurs regardent comme un signe certain d'une issue funeste. La peau pâlit ou de-

vient bleue. A ce moment, je fais préparer une cuve remplie d'eau dégourdie à 8 ou 10 degrés. On y plonge l'enfant à peu près cinq minutes; pendant ce temps, on arrose largement la tête et les épaules avec de l'eau froide.

« A peine les affusions commencées, le délire cesse, l'enfant recouvre ses sens et se plaint du froid. On l'essuie vivement et on le remet dans son lit, entouré de linges chauds.

« Un quart d'heure après la première affusion, la peau redevient rouge; l'enfant annonce un bien-être et ne délire plus.

« Trois heures après, le délire revient; nouvelle affusion suivie de bon effet. En un mot, en douze heures on fit six affusions; la maladie reprit une marche normale, et l'enfant guérit après plusieurs complications traitées par les moyens ordinaires.

« Les autres cas sont analogues.

« Avec la scarlatine régna la rougeole, dont quelques cas présentaient de la gravité. Les enfants étaient pris de délire, de vomissements, de grincements de dents. J'employai les lotions froides sur la tête, l'eau froide par cuillerées à l'intérieur, des cataplasmes froids sur l'estomac, des lotions et des cataplasmes chauds sur les jambes.

« Je ne dois pas oublier un remède qui, même chez les très-petits enfants, m'a semblé produire un bon effet. Je l'ai employé depuis dans plusieurs cas d'affection typhoïde avec symptômes cérébraux. C'est l'éther. Je l'ai donné à des enfants de quatre à six ans, à la dose de 15 et 30 grammes dans 100 grammes de potion, et *toujours* avec succès. J'y ajoutais quelques grammes de sirop diacode, et toujours, c'est-à-dire dans les douze à quinze cas où je l'ai employé, les symptômes cérébraux ont diminué immédiatement, ou ont cédé après deux jours de l'administration de ce remède.

« Ainsi, pour me résumer, un cas de scarlatine étant donné, la maladie est interne, l'enfant vigoureux; il y a des symptômes cérébraux; je débuterais par la saignée ou par une boisson légèrement sudorifique. Si le délire ne cesse pas, si la peau pâlit ou bleuit, je donnerais à l'intérieur l'éther, et je commencerais les lotions et affusions froides, d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, selon la marche de la maladie. »

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

DE LA DÉCOCTION DE FEUILLES DE FRÊNE *contre le rhumatisme et contre la goutte;* par M. De Larue, *D.-M. à Bergerac.*

La thérapeutique anti-rhumatismale et anti-goutteuse, qu'on trouve dans les auteurs, est loin d'être satisfaisante.

C'est ce qui me porte à parler avec quelques détails, comme devant être prise en grande considération, d'une plante fort répandue dans les climats tempérés de l'Europe, du frêne commun (*fraxinus excelsior*), de la famille des jasminées, de Jussieu.

En 1840, ma mère éprouvait déjà depuis une couple d'années, avec augmentation graduelle, les cruelles atteintes d'une goutte rhumatismale chronique, permanente et presque générale. A son âge *critique*, à son tempérament lymphatico-sanguin, à sa bonne et forte constitution, elle joignait une influence *héréditaire*. La douleur était vive, la tuméfaction exagérée; les mouvements s'exécutaient avec difficulté; ils devenaient parfois impossibles. Il n'y avait d'ailleurs que peu ou point de fièvre, quoique la plupart des fonctions commençassent à s'altérer sensiblement.

Toutes les tentatives propres à la guérir ayant été jusqu'alors complétement infructueuses, elle allait abandonner les médecins pour se confier entièrement à la nature et au temps, lorsque sa *tailleuse de robes* lui recommanda vivement la tisane de feuilles de frêne.

Avant de s'en servir, ma mère me demanda si elle le pouvait sans danger; n'y en voyant aucun, je lui conseillai d'en essayer, ce qu'elle fit matin et soir.

Dans la première quinzaine de ce nouveau traitement, elle se trouva beaucoup mieux; au bout de quelques mois, elle fut guérie.

Depuis cette époque, elle a continué, par temps, à des intervalles de plus en plus éloignés, à prendre *son remède*, tantôt par *reconnaissance*, tantôt parce qu'elle appréhendait ou sentait le retour de la maladie.

Après cette cure, si remarquable et si chère à mon cœur, j'ai bien des fois, dans *toute espèce* de gouttes et de rhumatismes (aigus, chroniques, fixes, ambulants, vagues ou déterminés), prescrit le même moyen, le *plus souvent* avec une entière réussite.

C'est jusqu'à présent la feuille qui a constamment servi à mes expériences.

Ramassée vers la fin de juin et convenablement séchée (elle vaut mieux sèche que verte), nous l'avons toujours ordonnée : 1° En décoction, à la dose de 10 ou 20 grammes pour 200 grammes d'eau, à prendre, après l'avoir ou non sucrée et aromatisée, par tasses à thé, toutes les trois heures, ou seulement le matin à jeun et le soir après la digestion du dernier repas, suivant l'intensité de l'affection; 2° en lavements *fractionnés*, au nombre de deux ou trois par jour, ayant pour base la même formule que la tisane; 3° appliquée et maintenue, pendant un temps plus ou moins long (quelques heures), sur les points douloureux, d'autres fois sur tout le corps, le visage excepté, après l'avoir chaque fois préalablement fait chauffer un *peu* dans une étuve *quelconque*.

Césalpin, Lobel, Helwig et Coste parlent de l'écorce du frêne comme étant un fébrifuge comparable au quinquina, tandis que d'autres reconnaissent aux feuilles un effet purgatif, astringent, et même, d'après Gilibert, applicable au traitement des scrofules. Mais aucun, que je sache, n'a jusqu'ici attribué à cette plante les vertus *particulières* que l'expérimentation nous a révélées en elle.

Ainsi, sans repousser les dires de nos devanciers, que nous croyons cependant entachés d'erreur ou d'exagération, nous constatons que cette substance, appartenant à la classe des hyposthénisants, pouvant être administrée longtemps sans inconvénients et ayant une action généralement assez prompte, *paraît* agir *spécifiquement* sur les vices rhumatismal et goutteux.

(*Journ. des Conn. médico-chir.*)

DU CALORIQUE CONTRE LA SCIATIQUE; *par le docteur* PLOUVIEZ, *de Lille.*

En général, ce qui prouve la ténacité de certaines maladies, c'est la multitude de moyens que l'on propose sans cesse pour leur guérison. N'est-ce pas ce que l'on voit aussi pour la sciatique?

Ne voulant, dans cette note, que parler du calorique que nous employons depuis plus de vingt ans, avec un grand succès, nous ne dirons rien des autres agents qui ont été conseillés dans cette affection, et qui, d'après notre propre expérience, ont moins de valeur.

Mentionnons, en passant, que, malgré les beaux travaux de MM. Rapou, J. Guyot, Fleury, etc., sur ce puissant agent, qui fait toujours bien et jamais mal, nous sommes convaincu qu'aujourd'hui encore il est trop oublié dans les affections nombreuses contre lesquelles ces médecins le conseillent avec tant de raison. Quant à nous, nous dirons seulement *comment* et *à quel degré* nous l'employons pour obtenir d'aussi bons effets dans la sciatique. Deux précautions sont indispensables à prendre pour cela : d'abord la température ne doit pas être trop élevée, et ensuite on ne doit pas mettre d'interruption dans son emploi. L'application du calorique d'après ces deux règles est tellement importante, que nous sommes persuadé que ce n'est qu'en les observant qu'il est réellement supérieur à tous les remèdes préconisés jusqu'à présent. Il réussit également d'autant mieux qu'on a le soin de garder le repos au lit. On peut employer des sachets de sable chauffé, des cruchons d'eau chaude, etc.;

mais, ce qui est plus commode, c'est de préparer à cet effet deux larges cataplasmes faits avec de la farine de graine de lin, dont l'un est toujours sur *un corps* chauffé de 45 à 50° *centigrades,* tandis que l'autre est appliqué sur la partie malade. Les mêmes cataplasmes peuvent servir, si l'on veut, jusqu'à l'entière guérison, en les arrosant de temps en temps d'eau chaude pour entretenir leur mollesse. Au reste, le point essentiel est que l'objet à appliquer se moule facilement à l'organe, conserve longtemps le calorique et n'ait pas une température de plus de 40 à 45° centigrades. A un degré moindre, l'action ne serait pas suffisante. Il faut une chaleur vive, piquante et cependant supportable. Cette dernière condition est d'autant plus nécessaire qu'à 50, 55 degrés, le calorique produirait une très-vive rubéfaction, et une escarre superficielle à 60, 65 degrés. Ce n'est pas que je prétende qu'à cette haute température il aggraverait le mal; non : *seulement on ne pourrait pas le continuer, et la continuation de son action est,* je le répète, *le point fondamental du traitement sur lequel nous appelons l'attention des praticiens.*

On avait déjà conseillé le calorique par l'approche d'un brasier ardent, d'un fer rouge, etc.; mais il est probable qu'il a donné très-peu de succès sous cette forme, car il est rarement employé de cette manière, et ensuite il n'est pas possible de le continuer longtemps ainsi.

Quoiqu'il nous soit facile de multiplier les faits à l'appui de nos assertions, nous nous contenterons de citer une seule observation dont nous avons été nous-même le sujet.

En 1829, à Toulon, après des dissections nombreuses, en hiver, dans un amphithéâtre fort humide, je fus atteint d'une sciatique droite des plus intenses. Des sangsues en grand nombre diminuèrent la violence des douleurs; un vésicatoire, comprenant presque toute la partie postérieure de la cuisse, que l'on fit suppurer, apporta du soulagement sans me guérir. L'essence de térébenthine prise pendant quinze jours ne produisit aucun effet favorable. Le mal était stationnaire depuis un mois environ; il restait une douleur sourde, de la roideur, et une gêne très-grande pour la marche. Je pris des bains qui me firent plus de mal que de bien; au reste, ils m'ont paru toujours contre-indiqués dans cette maladie. J'ai remarqué que chaque fois que j'étais dans l'eau, dont la température était cependant fort élevée, une sensation de froid le long du nerf sciatique se faisait sentir et les douleurs augmentaient. C'est par suite de cette impression si désagréable qu'il me vint à la pensée d'essayer le calorique que j'ai utilisé au moyen des cataplasmes de farine de graines de lin, préparés comme je l'ai dit plus haut. Ainsi j'étais occupé toute la journée, soit à les maintenir, soit à les changer. Le bien que j'ai éprouvé fut considérable dès le premier jour.

L'amélioration alla progressivement au point que le huitième jour j'étais complétement guéri. La nuit, pour suppléer ces cataplasmes pendant le sommeil, j'avais un cruchon d'eau bouillante enveloppé dans une serviette, dont la chaleur se maintenait jusqu'au lendemain. J'ai continué encore le remède huit à dix jours pour assurer la guérison, mais en l'employant d'une manière moins continue.

Le calorique est aussi utile contre le lumbago. Quand ces deux affections sont à l'état aigu avec violente réaction, fièvre, etc., il est quelquefois bon de commencer par saigner ou mettre des sangsues, pour en venir après au calorique, qui achève promptement la cure. Au contraire, si l'un ou l'autre se présente avec moins de gravité, alors le calorique et le repos suffisent seuls pour les conduire à bonne fin.

En résumé, on peut guérir *toutes les sciatiques et tous les lumbagos par le repos et par le calorique appliqué loca-*

lement à 40 à 45 degrés, pourvu qu'on ait le soin de ne mettre aucune interruption dans son emploi jusqu'à l'entière guérison, qui se fait fort rarement attendre au delà de un à dix jours.

(*Ann. de la Flandre occident.*)

Chirurgie.

SUR L'APPLICATION DU BANDAGE INAMOVIBLE, PRÉPARÉ AVEC DU PLATRE ; *par* M. MATHIJSEN (de Haarlem).

M. Mathijsen a publié récemment sur ce sujet une brochure intéressante, mais qui, écrite en hollandais, ne pourra être consultée dans l'original que par un petit nombre de lecteurs. Il a donc pris la peine de nous en adresser lui-même une analyse ; et cette analyse sera même supérieure à l'ouvrage en ceci, que l'auteur y indique quelques modifications nouvelles qu'il a apportées à son appareil. Nous le laisserons maintenant parler lui-même.

« Depuis l'impression de ma brochure, l'expérience m'a démontré que l'application de bandes préparées avec du plâtre, est, en général, préférable aux autres méthodes. Je prépare et j'applique les bandes de la manière suivante :

« Je prends un morceau d'étoffe de coton de la longueur d'un mètre et demi sur un demi-mètre de largeur. Il faut que le coton soit exempt d'amidon ; pour cela, on le plonge dans de l'eau chaude, dans laquelle on le laisse pendant une heure; ensuite on le lave et on fait sécher (le coton non blanchi contient toujours de l'amidon). On étend ce morceau de coton sur une table, on met dessus une certaine quantité de plâtre en poudre sèche, que l'on fait entrer dans le coton en frottant avec la main. Ensuite, on tourne le morceau de coton, et l'on frotte de la même manière les deux côtés, de sorte que l'étoffe soit, pour ainsi dire, saturée de poudre sèche de plâtre. Pendant que le coton, ainsi préparé, est encore étendu sur la table, on le coupe avec des ciseaux dans sa longueur en bandes de quatre centimètres de largeur, on les roule comme des bandes ordinaires, mais peu serrées. Ainsi préparées, ces bandes se conservent, pourvu qu'on les place dans des boîtes bien fermées.

« Pour en faire usage, on prend une de ces bandes roulées, que l'on mouille avec de l'eau, à l'aide d'une éponge, et on l'applique comme une bande ordinaire, avec cette différence que les tours se couvrent pour quatre cinquièmes au moins. De la même manière, on en applique une seconde, et ainsi de suite, en ayant soin de placer le bout de la bande suivante à deux travers de doigt au-dessous de l'extrémité de la bande précédemment appliquée. Par cette précaution, on enlève très-facilement le bandage. Il se conçoit que l'on enveloppe le membre auparavant d'une bande ordinaire, afin de prévenir le contact du plâtre avec la peau.

« Pour faire des trous ou fenêtrer le bandage, j'avais indiqué dans ma brochure un procédé ; mais peut-être sera-t-il mieux d'opérer de la manière suivante : en arrivant près d'une plaie, par exemple, on coupe la bande d'un côté de la plaie pour recommencer de l'autre, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on ait passé la plaie.

« Pour enlever le bandage, on le mouille avec de l'eau, puis on l'enlève comme une bande ordinaire.

« Afin de donner l'élasticité nécessaire au cataplasme de plâtre, décrit page 12 de la brochure, je prends la compresse externe d'une vieille couverture de laine, ce qui est beaucoup préférable à deux compresses de coton, comme il est dit dans la brochure.

« L'expérience nous a déjà prouvé que l'application pratique ne laisse rien à désirer, et que cette méthode offre également de grands avantages pour la chi-

rurgie vétérinaire, comme il est démontré par le traitement d'un certain nombre de fractures chez des animaux, dont les observations ont été insérées dans le *Repertorium* de l'année 1852. »

NOUVEAU SIGNE DIAGNOSTIQUE DE LA FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU PÉRONÉ ; *par* BELIN FLAGG.

Les fractures de l'extrémité supérieure du péroné ont à peine fixé l'attention, soit à cause de leur rareté, soit parce qu'elles n'offrent rien de spécial dans leur traitement. Peut-être aussi, presque toujours sans déplacement, ont-elles plus d'une fois échappé à l'investigation; on n'a guère alors pour porter le diagnostic que le souvenir de la cause directe, puis la douleur fixe et persistante. M. Flagg, annonçant un nouvel élément de diagnostic, serait donc le très-bien venu ; seulement la valeur de ce nouveau signe demande à être vérifiée.

Voici le fait sur lequel il se fonde.

OBS. — Le 18 juillet 1850, W. G..., reçut, dans le cirque de Charleston, par la chute d'un appareil, une contusion grave à la partie supérieure de la jambe. Le tibia était évidemment intact, et après un long et attentif examen, gêné toutefois par le gonflement, on ne put découvrir de fracture au péroné.

Un traitement approprié dissipa par degrés les phénomènes inflammatoires, et, au bout d'un certain temps, le blessé essaya de marcher à l'aide de deux béquilles. Mais lorsqu'on l'invita à marcher sans cette assistance, il déclara que cela lui était impossible. — « Alors, dit l'auteur, on lui recommanda, tandis qu'il était appuyé sur ses béquilles de *peser un peu* (*to throw a little weight*) sur la jambe malade. Il ne l'eût pas plutôt fait que le genou correspondant s'écarta de l'autre, offrant ainsi de ce côté l'aspect de ce que l'on appelle communément la *jambe arquée* (*bow-leg*). Et non-seulement ce phénomène était appréciable aux assistants, mais le malade en eut lui-même la conscience. »

Le membre alors soumis à un examen minutieux, favorisé par la disparition du gonflement, M. Flagg finit par obtenir, non sans une grande difficulté, une crépitation distincte *vers le milieu de la moitié supérieure du péroné.* Il lui parut dès lors raisonnable d'attribuer l'écart du genou en dehors sous l'influence de la pression d'en haut, à l'absence de cet appui, si léger qu'il soit, que le péroné à l'état sain fournit à la portion externe de la tête du tibia, et par son intermédiaire à la portion correspondante du fémur.

Voilà l'observation, avec tous ses détails, sans les dates les plus nécessaires ; voilà le signe prétendu et voilà la théorie. Rien de tout cela ne nous paraît de force à supporter un examen sérieux ; et M. Flagg ne sera loué tout au plus que de sa bonne volonté.

(*The Charleston med. Journal*).

LUXATION EN AVANT DE LA SECONDE PHALANGE DU POUCE ; par M. JOUSSET, *de Bellême* (*Orne.*)

S'il fallait démontrer combien l'histoire des luxations est négligée parmi nous, l'observation suivante en serait une preuve bien frappante. M. Jousset débute par alléguer *qu'on ne trouve pas dans les nombreux journaux de médecine d'articles qui fixent l'attention sur* les luxations des phalanges. Nous ne savons quels journaux lit M. Jousset ; mais précisément c'est une des luxations qui ont été le plus étudiées dans ces derniers temps. Il ajoute qu'il a éprouvé *à son grand étonnement* de grandes difficultés pour la réduction. Cet étonnement sera à son tour, nous le croyons bien, un sujet de surprise pour les chirurgiens un peu au courant de la science. Jusque-là donc, l'observation de M. Jousset n'aurait rien de bien important; mais ce qui la met hors de ligne et lui donne un intérêt capital, c'est qu'elle offre un exemple bien avéré d'une luxation en avant; et depuis que nous avions appelé l'attention des observateurs sur la rareté

de ces déplacements, c'est-à-dire depuis sept ans (1), c'est le premier cas qui ait été publié à notre connaissance. Faut-il ajouter que, ni l'auteur, ni le journal auquel il a communiqué le fait, ne semblent s'être doutés de sa valeur réelle ? Nous laisserons maintenant la parole à M. Jousset.

Obs. — « Un homme très-corpulent, âgé de 47 ans environ, réclame, un certain matin, mon secours à l'occasion d'un accident qui lui était arrivé la veille. La deuxième phalange du pouce droit était luxée, sa tête saillissant vers la face palmaire. De plus, cette tête avait déchiré les ligaments, le tendon fléchisseur, la peau, malgré l'extrême résistance de ces parties, et dépassait d'un centimètre l'extrémité inférieure de la première phalange. Cet homme, pour tout renseignement, m'explique qu'étant ivre la veille, il est tombé de sa hauteur. Suivant mon habitude de croire à une réduction facile, je la tente par le procédé qui m'avait antérieurement réussi pour d'autres phalanges, en pratiquant moi-même l'extension et la contre-extension. Mais j'avais trop présumé de ma facilité. La tentative fut vaine, et une deuxième fut aussi infructueuse. Le patient ne partagea point mon étonnement, et me dit avec un sang-froid parfait que je ne réussirais pas en m'y prenant ainsi, ce qui était bien ma conviction. Mais, chez cet homme, l'absence de surprise de mon insuccès me donna à penser sur mon insistance; il m'avoua enfin que la veille, de fréquentes et longues tentatives de réduction avaient été pratiquées infructueusement par le médecin de sa localité. Mon parti est vite pris. Je saisis une clef qui se trouvait à ma portée. L'anneau bien fixé dans la paume de ma main droite, l'extrémité opposée s'appuyant sur la tête sortie de la phalange, je poussai fort de haut en bas, le malade faisant lui-même la contre-extension. Je faisais une extension à rebours, si je puis m'exprimer ainsi. Mes doigts gauches soutenaient la phalange pour empêcher son renversement dorsal. Bientôt la phalange luxée parvenue à son niveau, mon pouce libre de la main gauche appuyant dessus, se trouva réduite, et le blessé immédiatement soulagé.

« Cette manœuvre fut opérée en beaucoup moins de temps que je n'en mets à la décrire. Les suites de cette luxation avec déchirure de parties aussi denses et qui témoignait de la violence de la chute furent considérables. Une inflammation énorme s'empara de la totalité du pouce. Trois fistules gangréneuses laissaient parvenir le stylet jusqu'à l'os dénudé. L'inflammation pouvait remonter au bras et compromettre l'existence, comme il est arrivé à un chirurgien illustre. Il me parut nécessaire de proposer à ce blessé l'amputation de son pouce, ce qu'il refusa. Le succès a donné raison à cet homme contre les règles de la science. Après quelques mois, la guérison a été assez complète pour permettre le travail, le pouce restant inflexible, et mon ivrogne a justifié une fois de plus le proverbe qu'il est un Dieu pour eux. »

D'ou provenaient maintenant les difficultés éprouvées? M. Jousset accuse « *la rétraction énergique des tendons intacts, la constriction exercée par la peau autour de la tête sortie, et enfin par-dessus tout la brièveté de la partie sur laquelle se pratique l'extension quand il s'agit de la dernière phalange.* La luxation en question étant si rare que nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer, nous notons cette appréciation sans l'accepter ni la rejeter, mais pour être contrôlée par une expérience ultérieure.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

---

(1) *Mémoire sur les luxations des phalanges des doigts entre elles.* (*Journal de chirurgie*, 1845, p. 106.)

PERFORATION DU DIAPHRAGME, HERNIE ET RUPTURE DE L'ESTOMAC; par M. DELORE, *interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

Les déchirures du diaphragme sont connues depuis fort longtemps. Ambroise Paré en avait observé; on en retrouve un certain nombre relatées, çà et là, dans les auteurs plus modernes. Elles peuvent se diviser en traumatiques et spontanées; celles-ci sont plus rares. Une jeune femme, dans les dernières douleurs de l'accouchement, voit tomber son mari, pousse un cri et meurt : l'estomac avait pénétré dans la cavité thoracique, à travers une éraillure du diaphragme (Leroy). Budans rapporte l'observation d'un homme qui, après s'être gorgé d'aliments, fut pris de vomissements, et ne tarda pas à succomber; le diaphragme à l'autopsie offrait une ouverture en étoile où s'échappaient l'estomac et l'épiploon. A côté de ces faits, se range celui d'un vieillard pris de vin, d'un Allemand qui succombe en faisant un violent effort. On a vu aussi de jeunes sujets présenter à l'ouverture de leur cadavre des hernies congénitales d'une portion des viscères abdominaux à travers le diaphragme; la vie, dans un cas, put se prolonger jusqu'à l'âge de 14 ans.

L'estomac se rompt bien plus facilement et bien plus fréquemment; un choc, des vomissements, les désorganisations, l'altération cadavérique sont les causes de nombreuses solutions de continuité. Mais il est très-rare de voir coïncider une rupture du diaphragme avec une rupture de l'estomac sans lésions préalables. C'est un fait de ce genre qui s'est présenté dans le service de M. Valette à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBS. I.—François Dubier, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, fortement constitué, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1852. Cet homme était atteint d'une amaurose depuis dix-huit mois.

A son entrée, la cécité était complète depuis huit mois; les milieux de l'œil parfaitement transparents, les fonctions digestives se font bien, l'appétit est excellent, la respiration n'est nullement troublée. Il y avait peu d'espoir de guérison; déjà de nombreux moyens avaient été employés inutilement : M. Valette fit appliquer un séton caustique au chlorure de zinc, qui produisit une vive douleur; mais, le lendemain, le malade trouvait ses yeux plus libres; le surlendemain, il croyait distinguer le jour de la nuit, et se félicitait des souffrances qu'il avait endurées dans l'espoir de recouvrer la vue.

Tout était bien, quand le malade devint triste, perdit l'appétit, fut pris de pesanteur de tête et d'une invincible tendance au sommeil; on peut encore le tirer de cet état, en lui faisant des questions et en le pressant vivement de répondre; mais, dès qu'on l'abandonne à lui-même, il retombe dans sa somnolence habituelle. On aurait pu croire à une indigestion, si le malade avait pris quelque nourriture dans la journée; l'estomac, du reste, n'était point douloureux à la pression. Les sœurs, habituées à voir des malades, le croyaient menacé d'une attaque d'apoplexie; c'est que, en effet, son état comateux, sa violente céphalalgie, sa tendance à s'incurver sans cesse du côté gauche, son tempérament et ses antécédents donnaient du poids à cette opinion. Le pouls seul, calme et dépressible comme à l'état normal, fit penser qu'il n'en était rien. Qu'avait donc le malade? Dans l'incertitude, on lui fit appliquer des revulsifs aux extremités, et administrer un lavement purgatif à six heures du soir. A neuf heures, quelques vomissements; à dix heures, saignée qui semble soulager le malade; à onze heures, les vomissements redoublent; les matières rejetées sont en quantité considérable, semblables à du pus; à minuit, les vomissements cessent, et, dès ce moment, ne se reproduisent que lorsque la sœur veilleuse fait boire le malade qui, du reste, n'a plus de connaissance. Cette série de phénomènes se déroula

avec tant de rapidité que, le lendemain matin, M. Valette le trouva à l'agonie. Les matières vomies n'ayant pu être examinées, on supposa qu'un abcès, formé depuis longtemps, s'était ouvert dans les bronches. La mort survint le 19, à dix heures du soir.

Autopsie.—Les nerfs optiques ont leur grosseur et leur consistance ordinaire; les couches optiques, les corps striés ne montrent aucune altération ; dans les ventricules, on trouve une assez grande quantité de sérosité; aucune trace d'épanchement dans les lobes cérébraux. Dans le lobe gauche du cervelet existe un kyste du volume d'une grosse noisette; il renferme une sérosité citrine; sa membrane épaisse et bien organisée atteste l'ancienneté de son origine.

Œil.—Son examen n'explique point l'amaurose; les veines ophthalmiques ne sont point variqueuses, comme Blandin l'a observé quelquefois.

Cavité thoracique.—Les poumons sont crépitants, ne sont point enflammés, seulement le lobe inférieur gauche offre une coloration lie-de-vin, mais sa consistance est à peine légèrement augmentée. En soulevant le poumon gauche, qu'aucune bride n'attachait à la plèvre, on vit que la cavité pleurale du même côté contenait environ 1/2 litre d'un liquide huileux, qu'on aurait dit imparfaitement mélangé à de la sérosité; il avait assez d'analogie avec la bile et offrait une couleur verdâtre. Ce liquide étonna tout d'abord; quelle était son origine? Il semblait suinter du poumon gauche; mais on vit bientôt sa véritable source.

Le diaphragme présente une déchirure qui donne passage à une portion de l'estomac. L'ouverture est située entre le foliole moyen et le foliole gauche du trèfle aponévrotique, non loin du bord postérieur de l'organe; elle est ovalaire, a environ 4 centimètres de diamètre; ses bords sont frangés, un peu noirâtres. C'était la partie supérieure du grand cul-de-sac de l'estomac, qui sortait à travers cet orifice; elle n'avait contracté avec lui aucune adhérence, pouvait aisément sortir et rentrer, et se trouvait à peine légèrement étreinte. Cette portion herniée présentait deux ouvertures séparées l'une de l'autre par une bride; on pouvait introduire la main dans la plus considérable; les bords étaient arrondis, d'une épaisseur un peu plus considérable que le reste des parois stomacales.

Cavité abdominale.—La muqueuse de l'estomac est le siége d'une inflammation peu intense; l'arborisation couleur lie-de-vin qu'on y observe, semble être plutôt le fait d'un travail cadavérique que d'une influence pathologique ; elle n'est point friable, son épaisseur n'est point augmentée, on n'y rencontre pas de trace de dégénérescence ; vacuité complète de l'organe. Le pylore et le cardia ne laissent apercevoir aucune lésion. En ouvrant l'œsophage, on voit sa muqueuse recouverte d'un enduit blanchâtre, facile à enlever, homogène, analogue à du chyme, sans mélange de sang ni de pus; c'était la matière vomie par le malade, et que la sœur avait prise pour du pus.

Les intestins n'offrent rien de remarquables : tout l'espace compris entre la partie supérieure de la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac était rouge foncé, sans trace de sang épanché ou de matières alimentaires.

On peut se demander, après cette observation, s'il était possible de reconnaître la lésion pendant les derniers instants de la vie? Notre malade ne présentait aucun des symptômes signalés par les auteurs : il n'avait ni cette depression épigastrique, ni ce rire sardonique indiqué par Percy; l'attention était d'ailleurs distraite par les symptômes du côté de la tête, et puis pas de coups, pas d'effort violent; la robuste constitution de l'individu ne pouvait faire soupçonner une rupture musculaire.

Un signe avait peut-être une certaine valeur ; aucun auteur ne l'a signalé ; et c'est chose peu étonnante, la mort étant presque toujours instantanée : c'est cette

incurvation à gauche que plusieurs efforts de redressement ne purent empêcher; la tête, le tronc et les membres inférieurs concouraient à décrire une ligne courbe; aucune paralysie n'accompagnait cette position.

L'ouverture du diaphragme était-elle ancienne? Cette hypothèse serait combattue par l'absence d'antécédents, l'absence de symptômes pendant la vie, gêne de la respiration, de la digestion, efforts pénibles; ici, aucune fonction n'était languissante. L'orifice diaphragmatique n'offrait pas de ces liens fibreux, preuves d'organisation, et n'avait contracté aucune adhérence avec l'estomac; il est vrai que cette absence d'adhérence a été signalée plusieurs fois, même dans les hernies anciennes.

L'obscurité des symptômes permettrait aussi de discuter le moment de la rupture de l'estomac. Elle peut avoir été produite pendant la vie, ou n'être qu'une de ces altérations cadavériques dont M. Cruveilhier a le premier cité des exemples; le liquide épanché dans la plèvre aurait corrodé l'estomac d'après cette hypothèse, qui est infirmée, il faut l'avouer, par la régularité et l'épaisseur plus considérable des bords des deux ouvertures.

Supposons l'estomac rompu, les vomissements étaient-ils encore possibles? Ne pouvant préciser l'instant de cette rupture, nous ne pouvons affirmer s'ils se sont reproduits après qu'elle a été faite; mais la disposition des parties permet de le croire. C'était justement la portion déchirée de l'estomac qui était herniée, l'orifice étroit du diaphragme qui la resserrait légèrement sur le cadavre ne pouvait-il la comprimer sur le vivant, au point d'interrompre toute communication pendant l'effort du vomissement? On ne trouvait point à cet orifice improvisé les précautions que la nature a prises pour le passage de la veine cave et de l'aorte; pas d'anneau fibreux qui n'est point susceptible de contractilité; mais des fibres musculaires capables de se raccourcir, de se redresser, et d'étreindre avec assez de puissance la portion de l'estomac qui les avait traversées.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

SUR UN NOUVEAU PESSAIRE A AIR EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ.

M. Barnasconi, de Bruxelles, a imaginé un pessaire à air en caoutchouc vulcanisé qu'il a présenté à la Société des sciences médicales et naturelles de cette ville. M. Bougard, dans la séance du 5 avril, a rendu compte d'une expérience à laquelle il a soumis le nouvel instrument.

Ce pessaire ayant séjourné pendant six mois consécutifs dans les organes sexuels d'une femme, n'a présenté aucune trace d'altération quelconque; seulement, l'air qu'on y avait insufflé s'étant échappé peu à peu à travers le caoutchouc. M. Bougard pense qu'il suffirait de couvrir ce pessaire d'une légère couche de solution de gutta-percha, pour qu'il répondît à toutes les attentes du praticien. La Société charge M. Bougard de soumettre le pessaire de M. Barnasconi, ainsi modifié, à de nouvelles expériences.

Nous avons peu de foi dans l'efficacité de la gutta-percha pour retenir l'air que le caoutchouc laisse échapper. Mais un point très-important, c'est la résistance du caoutchouc vulcanisé à l'action des liquides utéro-vaginaux, qui imprègnent, infectent et détruisent quelquefois si promptement les pessaires en caoutchouc ordinaires. Il en résulte que les pessaires pleins, en forme d'entonnoir ou de sablier, gagneront essentiellement à être fabriqués à l'avenir en caoutchouc vulcanisé; et c'est là une amélioration qui sera appréciée par tous les praticiens.

Obstétrique.

PRÉSOMPTION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; ACCOUCHEMENT NATUREL.

Il s'est passé, il y a quelques semaines, à l'hôpital Beaujon, un fait qui montre que l'*experientia fallax* et le *judicium difficile* du premier aphorisme d'Hippocrate, s'appliquent aussi bien à notre époque qu'à celle du père de la médecine.

Une femme de 29 ans était entrée à l'hôpital Beaujon, le 18 avril, dans le service de M. Huguier, pour une tumeur qu'un médecin de la ville avait regardée comme un kyste hépatique, et sur laquelle il lui avait fait appliquer un vésicatoire quinze jours auparavant. En examinant les parties génitales, M. Huguier fut frappé de la couleur violacée de la vulve et du vagin, et déclara à la malade qu'elle était enceinte. Celle-ci, qui était veuve depuis plusieurs années, essaya de nier d'abord, et finit par confesser que, cinq ou six mois auparavant, elle avait été prise de vive force par des individus dont elle avait fait la rencontre un soir.

M. Huguier avait reconnu la grossesse au vagin avant de la reconnaître au ventre; et quand il eut jeté les yeux sur ce dernier, il fut tout étonné de voir que la tumeur abdominale était située au-dessous du foie, qu'elle était plus développée dans la partie ombilicale que dans celle qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite, plus en travers que de haut en bas. Le toucher vaginal ne permettait pas de reconnaître le corps de l'utérus, et l'orifice utérin se trouvait placé à gauche, fort au-dessus et derrière le pubis. Mais on sentait derrière le vagin, à droite, un corps anguleux qui devait être un coude ou un talon. On crut reconnaître quelques mouvements de l'enfant dans la partie postérieure de l'abdomen, et les battements du cœur, très-perceptibles, annonçaient qu'il était vivant.

Par une singulière coïncidence, la Société de chirurgie venait de recevoir une communication de M. Desprez, relative à un cas de grossesse extra-utérine abdominale, terminée par la mort, cas que M. Huguier avait parfaitement diagnostiqué, la femme ayant été soumise de son vivant à son examen. M. Huguier fit alors part à la Société du cas de la femme B..., qu'il croyait analogue à celui de la communication de M. Desprez, et il réclamait les lumières de ses collègues. La Société nomma une commission composée de MM. Danyau, Robert, Maisonneuve et Lenoir, qui opina pour une grossesse extra-utérine, mais fut d'un avis contraire à toute espèce d'opération, sauf peut-être au moment du travail. L'opération comptait cependant des partisans nombreux, entre autres l'auteur de la communication sur la femme décédée par suite de grossesse extra-utérine. Mais M. Danyau, qui avait fait examiner la malade par M. P. Dubois, vint développer les motifs sur lesquels ce professeur s'appuyait pour rejeter l'opération. L'absence du col au centre du vagin lui permettait d'expliquer les accidents de position de l'enfant dans le sens d'une grossesse intra-utérine. Il se pouvait, suivant M. P. Dubois, que de même que l'on voit souvent la paroi intérieure de l'utérus se déprimer et loger dans une espèce de bas-fond une partie du corps de l'enfant, il se pouvait, dans l'espèce, que ce fût la paroi postérieure qui se fût laissé distendre et amincir dans une partie de son étendue, de sorte qu'un membre de l'enfant se trouvait emprisonné comme dans une espèce de cul-de-sac. Vu le peu de chances d'ailleurs que présentait une opération quelconque, M. Danyau conseilla et fit adopter l'expectation pure et simple, sauf à intervenir activement, s'il y avait lieu, au moment de l'accouchement.

Ce moment si attendu arriva le 1er juillet au matin, et M. Huguier, persuadé qu'une opération était indispensable, fit prévenir quelques-uns de ses confrères,

notamment M. Danyau et le professeur Roux. Rendez-vous fut pris pour trois heures de l'après-midi. Tout était prêt, et on allait transporter la malade à l'amphithéâtre, lorsque M. Roux eut l'idée de pratiquer le toucher et la chance de sentir quelque chose qui venait. M. Huguier toucha à son tour, et finit par reconnaître la tête de l'enfant engagée dans l'orifice. Une heure après, la femme était accouchée d'un enfant qui ne vécut que deux heures.

Le lendemain de l'accouchement, on ne sentait pas davantage au toucher le corps de l'utérus, et le col restait toujours élevé en arrière du pubis. Il y eut quelques accidents inflammatoires, mais sans gravité.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

Pharmacologie.

SUR LES FALSIFICATIONS DU SULFATE DE QUININE ET DES MOYENS DE LES RECONNAÎTRE; *par* M. MOLL, *d'Anvers.*

C'est principalement le *sulfate de quinidine* qui se trouve maintenant fréquemment mélangé au *sulfate de quinine* et qu'on vend pour tel.

Nous ne connaissons encore que très-imparfaitement l'effet médical de ce nouvel alcaloïde ; mais, quel que soit le résultat des essais auxquels on s'est livré, une substitution arbitraire de ce genre est toujours injustifiable et rend presque impossible une concurrence loyale. L'importance de cet objet nous engage à le traiter un peu en détail, et à indiquer une méthode très-simple qui permettra de reconnaître aisément les falsifications habituelles du sulfate de quinine.

Le prix élevé du véritable quinquina Calissaya de Bolivie, qui a, comme on le sait, pour cause le monopole d'exportation existant dans ce pays, nous a amené des écorces de quinquina d'autres districts, dont la qualité diffère beaucoup de celle du Calissaya, attendu qu'elles renferment principalement de la *quinidine.* A cause de leur bas prix disproportionné, ces écorces ont été bientôt employées dans beaucoup de fabriques de sulfate de quinine, sans qu'on ait pris en considération la différence de leur valeur intrinsèque, de sorte que nous voyons déjà des masses de sulfate de quinine contenant du sulfate de *quinidine* dans le commerce, et il en est résulté une dépréciation presque sans exemple de cet article.

Par l'analyse élémentaire, par les propriétés spéciales de quelques sels et les différences notables dans la manière de réagir, l'existence d'un troisième alcaloïde du quinquina, autrefois mis en doute, est irrévocablement établie, et il n'est plus contestable que *la quinidine* doit être distinguée de la *quinine* du même droit que la *cinchonine.* A l'aspect déjà le sulfate de *quinidine* se distingue du sulfate de quinine, par son plus grand poids spécifique et sa cristallisation moins floconneuse. Dans l'air sec il perd son eau de cristallisation, sans efflorescence ou sans perdre son aspect cristallin; en outre il est beaucoup plus soluble que le sulfate de quinine, aussi bien dans l'eau froide que dans l'alcool absolu.

Une des propriétés les plus distinctives des trois alcaloïdes en question, c'est-à-dire leurs rapports envers l'éther, nous donne un moyen de constater avec facilité la présence de la *cinchonine* et de la *quinidine* dans les mélanges avec de la quinine.

Déjà Schweitzer (*Pharm. Cent. Blatt,* 1838) s'est servi de l'éther pour découvrir la *cinchonine*, et son procédé a depuis, et à juste titre, acquis admission dans tous les traités sur la matière, parce qu'il remplit parfaitement son but ; car la *cinchonine* étant, comme on sait, presque insoluble dans l'éther, la grande quantité de cet agent prescrite dans le

procédé, ne peut porter aucun préjudice à l'exactitude des recherches.

Il en est autrement de la *quinidine*, quoique sa solubilité dans l'éther, comparativement à celle de la *quinine*, soit toujours très-petite; ainsi au moins dix grains de *sulfate de quinine* pure se dissolvent dans soixante gouttes d'éther et vingt gouttes d'ammoniaque, tandis que dans la même quantité de ces liquides il ne se dissout qu'un grain de *sulfate* de *quinidine;* de sorte qu'il se dissoudra toujours une quantité comparativement moindre d'un sulfate contenant de la *quinidine*, que d'un sulfate de *quinine* pur. Basés sur ces faits nous pouvons donc recommander le procédé suivant, qui, par sa simplicité à la portée de tout le monde, permet de constater la présence de la *cinchonine* et de la *quinidine* dans le sulfate de *quinine :*

« On pèse exactement dix grains du « sel que l'on veut analyser ; on les in- « troduit dans un tube en verre solide, « ayant soin d'avoir sous la main un bon « bouchon en liége ; on y ajoute dix « gouttes d'acide sulfurique dilué (une « partie d'acide sur cinq parties d'eau) « et quinze gouttes d'eau, on chauffe « modérément pour accélérer la disso- « lution; celle-ci étant opérée et le tout « complétement refroidi , on y ajoute « soixante gouttes d'éther sulfurique de « 56° B. et ensuite vingt gouttes d'am- « moniaque liquide de 22° B., et on re- « mue fortement en tenant le tube fermé « avec le pouce; puis on le bouche bien « et on l'agite seulement un peu de temps « en temps, afin de faciliter le passage « des bulles d'air à travers la couche « d'éther. »

Si le sel que l'on a soumis à cette épreuve est exempt de *cinchonine* ou de *quinidine*, ou ne contient de ce dernier corps pas plus de 10 0/0, tout se sera parfaitement dissous, et l'on ne trouvera, sur la surface de contact des deux liqueurs, que les impuretés mécaniques du produit, (les diverses sortes de sulfate de quinine du commerce différant sous ce rapport, abstraction faite de leur pureté chimique). Après quelque temps, toute la couche d'éther devient compacte et gélatineuse, et alors il n'est plus possible d'y faire des observations. Il ressort de ce qui a été dit antérieurement sur la solubilité de la *quinidine* dans l'éther, que les dix grains du sel soumis à l'épreuve peuvent contenir un grain de quinidine et que néanmoins une dissolution complète dans l'éther et l'ammoniaque aura lieu ; *mais dans ce cas la quinidine commencera bientôt à cristalliser dans la couche d'éther.*

On peut constater plus positivement encore la présence d'une dernière trace de *quinidine*, si pour cet essai on se sert au lieu de l'éther ordinaire d'un éther complétement saturé de *quinidine* , de manière que toute la *quinidine* qui se trouverait dans le sel resterait insoluble. Toutefois, en faisant cette expérience, il est nécessaire d'observer immédiatement si tout est dissous après avoir agité; car par la grande tendance de la *quinidine* à cristalliser, celle-ci se séparerait promptement *à l'état cristallin*, ce qui pourrait donner lieu à des erreurs.

Si d'un autre côté le sel qu'on veut examiner contient plus d'un dixième de *quinidine* ou de *cinchonine* (comparativement à la *quinine* qui s'y trouve), elle restera non dissoute à *l'état de poudre* sur la ligne de démarcation des deux liqueurs. Si cette poudre est de la *quinidine*, elle se dissoudra en ajoutant une plus grande quantité d'éther, tandis que la *cinchonine* restera insoluble.

Il est à remarquer expressément que la nécessité d'examiner le sulfate de quinine, relativement à d'autres mélanges frauduleux, n'est nullement écartée par cette analyse.

Ainsi on doit encore principalement se convaincre de l'absence de *substances inorganiques*, par une calcination soutenue sur le platine, ou simplement par la dissolution du sel dans l'alcool; le *sulfate de chaux (gypse), la craie, la magnésie*, etc., ne se dissoudraient pas, tandis que l'*acide*

borique qui se dissout dans l'alcool, serait trahi par la flamme verte produite en brûlant la liqueur. L'absence de *substances organiques*, telle que la *salicine*, le *sucre*, l'*amidon*, l'*acide stéarique*, etc., est reconnue par la dissolution *incolore* et *à froid* dans l'acide sulfurique concentré; il est prudent de laisser réagir l'acide pendant quelques heures. Enfin la présence des *sels ammoniacaux* dans le sel en question, se révèle par l'odeur ammoniacale qui se produit en le traitant par une lessive caustique.

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

BULLETIN CLINIQUE.

BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX. — M. Désormeaux.

LUXATION INCOMPLÈTE DU TIBIA EN DEHORS EXISTANT DEPUIS SIX ANS.

A M. le directeur de la Revue médico-chirurgicale.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous dites, en rapportant une observation de luxation du genou, dans le dernier numéro de la *Revue médico-chirurgicale,* que ces observations sont si rares, qu'il faut les recueillir avec soin comme des matériaux à mettre en œuvre plus tard. J'espère qu'à ce titre, le fait que j'ai l'honneur de vous transmettre pourra vous offrir quelque intérêt. Je ne chercherai point à vous suivre dans le travail que vous avez entrepris pour rétablir l'histoire des luxations au moyen des observations éparses et le plus souvent incomplètes, comme les architectes de nos jours reconstruisent les monuments anciens d'après leurs débris dispersés ; je veux seulement ici fournir une pierre à l'édifice.

Je n'ajouterai qu'une remarque : c'est que, dans l'observation de M. Bruch, la jambe faisait avec la cuisse un *angle ouvert en dedans,* tandis que, dans le fait que je rapporte, cet angle est ouvert en dehors. D'où vient cette différence? Je serais tenté de l'attribuer à une simple erreur de rédaction. Comment, en effet, pourrait se produire cet angle ouvert en dedans? Cela me paraît incompréhensible; car, d'une part, l'effort qui produit la luxation tend à fléchir le genou en dehors, et, d'autre part, le tibia, ne portant plus sur le fémur que par sa tubérosité interne, doit nécessairement être entraîné dans le même sens, et par le poids du corps lorsque le malade veut appuyer sur son membre, et par l'effort du biceps et même du triceps crural.

Je vous soumets cette réflexion, qui, sans doute, s'était déjà présentée à votre esprit.

Le 4 novembre 1850, le nommé X..... vint demander au Bureau central un appareil qui lui était nécessaire pour marcher, par suite d'une luxation du genou gauche existant depuis six ans. L'accident avait eu lieu dans les circonstances suivantes : Cet homme, occupé à abattre un arbre, le tirait au moyen d'un cordage en s'arcboutant sur le pied gauche, fortement appuyé sur le sol et porté dans la rotation en dedans. L'arbre, en tombant, vint frapper la face externe de la cuisse, à son quart inférieur. En se relevant, le blessé ne put se soutenir sur sa jambe. Les médecins qui le soignèrent ne paraissent pas s'être doutés de la nature de la lésion et ne firent aucune tentative de réduction. Tout le traitement se borna à des applications émollientes et résolutives.

Voici maintenant dans quel état était le membre lorsque je l'examinai, six ans après l'accident. La jambe forme avec la cuisse un angle dont le sommet est dirigé

en dedans, comme dans un membre fortement cagneux, et peut-être augmenté ou diminué un peu par des efforts peu considérables. Lorsque le malade appuie sur les deux pieds, cet angle est de 45 degrés environ. La jambe est dans une légère rotation en dehors; le pied, pour poser sur le sol par sa face plantaire, s'est fortement renversé en dedans et ne peut être ramené à sa rectitude naturelle; l'extension complète du membre est possible et les mouvements de flexion sont assez étendus. En examinant le genou, on trouve, à la face interne, une tumeur dure, très-saillante à sa partie inférieure, qui surmonte un enfoncement profond, et formée par le condyle interne du fémur, débordant de toute son épaisseur la tubérosité correspondante du tibia, et dont on reconnaît facilement la forme à travers les téguments. Au côté externe de la cuisse, une tumeur formée par le condyle externe du tibia, dont on peut reconnaître le rebord par le toucher, mais qui se trouve masquée par les parties molles, et dont la saillie disparaît presque à la vue par suite de l'angle que forme le tibia avec le fémur. La partie la plus saillante de son rebord se trouve à 9 ou 10 centimètres au-dessus du point le plus bas du condyle interne du fémur. La partie antérieure de la trochlée fémorale répond au bord interne de la tubérosité interne du tibia; la tubérosité antérieure du tibia se trouve au niveau du bord externe du condyle externe, et sur un plan un peu postérieur à la face antérieure du fémur. La rotule est peu mobile; appliquée sur le condyle externe, sa face antérieure est verticale et regarde autant en dehors qu'en avant. Les tendons des demi-tendineux, demi-membraneux et biceps sont très-peu saillants et durcissent à peine dans les efforts; le demi-tendineux et le demi-membraneux se trouvent dans la rainure inter-condylienne; le tendon du biceps est en dehors du condyle externe et très-rapproché du bord externe de la rotule.

Agréez, etc.

DÉSORMEAUX.

PRÉSENTATION CÉPHALO-ILIAQUE GAUCHE; COTÉ GAUCHE; SORTIE TOTALE DU BRAS CONTRACTIONS CONVULSIVES DE L'UTÉRUS; NOUVEAU MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT; *par* M. PAMARD, *chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.*

Madame Anne Bonnet, épouse de M. Nicolas, âgée de vingt-cinq ans, d'une santé délicate, habitant une campagne aux environs d'Avignon, fut prise des douleurs d'enfantement dans la nuit du 1er au 2 juin 1848; elle fit appeler une sage-femme. Cette accoucheuse nous dit que lorsqu'elle arriva, les parties du fœtus étaient tellement élevées, qu'il lui avait été impossible de les atteindre avec l'indicateur et que la poche des eaux était à peine appréciable.

Le travail marcha lentement. Enfin, le 3 juin, plus de trente-six heures après l'instant où les douleurs s'étaient déclarées, la poche des eaux se rompit et le bras se présenta. Ce que fit l'accoucheuse, nous l'ignorons complétement; elle nous a assuré ne pas avoir tiré sur le bras et avoir inutilement tenté la version; mais la mère nous dit, au contraire, qu'on avait opéré vainement des efforts de traction; ce qui nous porte fortement à douter de la véracité des rapports de la sage-femme.

Dans la nuit du 3 au 4 juin, soixante-douze heures après le début du travail, nous fûmes appelés et nous trouvâmes les choses dans l'état suivant : Le bras gauche sort entièrement de la vulve; le dos est en arrière; la tête correspond au côté gauche du bassin (position céphalo-iliaque gauche); elle est engagée dans l'excavation simultanément avec le tronc. Il y a impossibilité de songer à faire la version. Le fœtus est immobile; les parties de la mère sont chaudes, tuméfiées;

le pouls est fréquent, la peau sèche ; l'état général est des plus alarmants. Il ne pouvait exister de doute sur la mort du fœtus qui devait remonter à plusieurs heures, d'après ce que nous dit la sage-femme. Les pulsations cérébrales n'existaient plus ; le bras qui pendait hors de la vulve était livide et froid.

Que devions-nous faire dans une position aussi grave, où le moindre retard pouvait compromettre la vie de la mère?

Nous avons dit qu'il ne restait plus d'espoir de sauver l'enfant. Devions-nous recourir à la section du col, déjà conseillée du temps de Celse, et qui est préconisée encore par les auteurs modernes? Mais on sait de combien de difficultés cette opération est souvent entourée ; difficultés telles, que M. Cazeaux, dont tout le monde connaît l'instruction et l'habileté, avoue n'avoir pas pu l'exécuter dans un cas pareil où il fut appelé par M. Léveillé. Elle entraîne après elle l'inconvénient de nécessiter la recherche de la tête, qui, ainsi isolée, sort difficilement sous l'influence des contractions utérines et exige souvent l'application du forceps. L'embarras était augmenté pour nous par le manque où nous étions des instruments nécessaires. Appelés au milieu de la nuit, précipitamment, nous ne nous étions pas, à tort, munis de notre boîte à accouchement, et nous n'avions emporté qu'un forceps.

Que faire dans une position pareille, où chaque instant de retard aggravait d'une manière notable la position de la mère et pouvait amener sa perte? On sait que nous étions à la campagne, que nous n'avions qu'un forceps à notre disposition, et que nous n'avions pas le temps d'envoyer chercher d'autres instruments. Voici le parti que nous prîmes et qui eut les résultats les plus heureux.

Nous introduisîmes notre main gauche entre les parties de la mère et celles du fœtus; le dos de la main correspondait au côté droit de l'excavation ; la région palmaire appuyait sur les parois antérieure et latérales du thorax et de l'abdomen du fœtus. On sentait avec l'extrémité des doigts le point où se terminait la cavité thoracique. Une des branches du forceps fut saisie avec la main droite, non par le manche, mais par la cuiller. L'extrémité du manche, terminée par un crochet mousse, fut introduite dans le vagin de manière à glisser à plat entre la main gauche et les parties du fœtus. Lorsque le crochet fut arrivé au delà des fausses côtes, nous le retournâmes vivement de manière à ce que son extrémité correspondît aux téguments du fœtus, et, en pressant fortement avec la main gauche qui lui avait servi de conducteur, nous le fîmes pénétrer à travers les parois abdominales, au défaut des côtes, de telle manière qu'en le retirant il vînt s'accrocher au bord inférieur de la paroi thoracique.

L'instrument ainsi disposé, nous retirâmes notre main gauche et nous opérâmes des tractions modérées sur la branche du forceps. Nous pûmes, à l'aide de cette manœuvre, simuler le mouvement d'évolution spontanée. La tête et l'épaule remontèrent peu à peu ; l'extrémité pelvienne se rapprocha de la vulve, finit par y être entraînée, et nous terminâmes l'accouchement promptement.

Si maintenant, on compare le résultat que nous avons obtenu avec celui qu'on aurait dû à la décollation, opération toujours longue et difficile, on ne saurait méconnaître les avantages que présente le parti auquel nous nous sommes arrêtés. Il a de l'analogie avec la méthode du docteur Lee, dont nous n'avions pas connaissance lorsque nous avons pratiqué l'opération que nous venons de décrire. Cet accoucheur conseille de fixer un crochet sur la colonne épinière ou sur le bassin, après avoir préalablement amputé le bras, précaution qui nous paraît au moins superflue. Il ne dit pas, du reste, quel procédé il conseille et s'il l'a jamais exécuté.

Quoique les questions de priorité soient en général très-oiseuses dans la science,

nous avons cru devoir extraire ce fait d'un travail que nous devons publier, non pour prendre date, mais pour engager à nous imiter ceux de nos confrères qui se trouveraient dans une position aussi embarrassante que celle où nous avons été.

Nous ne devons pas terminer sans dire que les résultats de l'opération furent des plus heureux pour la mère, car elle fut parfaitement rétablie au bout de quinze jours.

Nous l'avons rencontrée il y a peu de temps; elle jouit toujours d'une santé parfaite. Il y a quatre ans de l'accouchement dont nous venons de parler.

BIBLIOGRAPHIE

UEBER REPETIONEN NACH SCHUSZWUNDER, BEOBACHTUNGEN UND ERFAHRUNGEN AUS DEN SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN FELDZUEGEN ZON 1848-1850, *zon Dr Fr.* ESMARCH; *Kiel* 1851.

M. Esmarch a fait les trois campagnes du Schleswig-Holstein contre les Danois, de 1848 à 1851, soit en qualité d'adjudant du chirurgien en chef, soit comme chef de service dans divers hôpitaux; et il évalue à plus de 5,000 le nombre des blessés qu'il a pu observer avec attention. Il avait là la plus belle occasion peut-être de soumettre au contrôle de l'expérience les doctrines modernes sur les plaies d'armes à feu. Deux des chirurgiens les plus célèbres de l'Allemagne, MM. Langenbeck et Stromeyer dirigèrent l'un après l'autre le service médical, entourés d'une foule de jeunes médecins capables, qui s'empressaient d'accourir de toute l'Allemagne. Les hôpitaux étaient presque tous très-bien tenus, les habitants donnaint tout ce qui était nécessaire avec la plus grande libéralité; et le nombre des blessés n'était jamais assez considérable pour empêcher de donner toute l'attention nécessaire aux cas particuliers.

Dans la première campagne, on traita les lésions des os principalement d'après les principes de M. Baudens. On fit des résections primitives dans la continuité avec assez de succès; et pour les résections articulaires, on alla plus loin que tout ce qui avait été fait auparavant. Ce fut surtout la résection de l'articulation du coude qui fut pratiquée sur une grande échelle. Des expériences comparatives instituées dans la seconde campagne démontrèrent que les principes de M. Baudens sur le traitement des fractures des diaphyses n'étaient pas complétement justifiées, et dans la troisième campagne on arriva à des conséquences tout opposées à celles du chirurgien français.

Voici donc à quels résultats les chirurgiens allemands ont été conduits pour les lésions des os et des articulations. Nous appelons sur ce point toute l'attention de nos lecteurs; et nous nous félicitons de voir que les doctrines que nous avons préconisées et appliquées pour notre part aient reçu de l'expérience la plus étendue qui ait encore été faite une aussi éclatante confirmation.

1. Les lésions des *diaphyses* des os longs doivent être jugées et traitées tout autrement que celles des *épiphyses*.

2. Des déchirures considérables des parties molles d'un membre, étant compliquées de lésions des os considérables, exigent l'*amputation sans délai*.

3. Rarement on trouve des cas dans lesquels les diaphyses des os longs soient *percés* par une balle sans être fracturés. Ces cas se guérissent le plus souvent.

4. Les *contusions des os* et du périoste sans fracture ne sont pas rares; elles sont très-dangereuses, surtout au fémur et au crâne, parce qu'elles produisent fréquemment une inflammation des veines des os, suivie d'infection purulente; le

diagnostic en étant souvent très-difficile, on ne leur applique pas toujours le traitement énergique qu'elles réclament.

5. Dans la plupart des cas, une balle portant sur la diaphyse produit des *fractures* diverses, savoir :

Ou une *fracture simple*, si la balle atteint l'os dans une direction oblique ou avec une force déjà affaiblie ;

Ou un *broiement avec formation d'esquilles* plus ou moins grandes et nombreuses.

6. Les *fractures simples* des diaphyses sans broiement, et sans lésion considérable des parties molles *peuvent se guérir presque toujours*, si les conditions sont favorables et le traitement bien dirigé.

7. Les *esquilles*, qui adhèrent au périoste, peuvent encore se réunir à l'os, et c'est une particularité des plaies d'armes à feu, que la plupart des esquilles restent adhérentes au périoste. C'est pourquoi il est faux de considérer toutes les esquilles produites par l'action d'une balle comme des corps étrangers, qui doivent être éliminés du corps.

8. Ce n'est que quand une esquille est complétement séparée du périoste, ou qu'elle s'est nécrosée, qu'on doit la considérer comme un corps étranger, qui cependant nuit moins à l'organisme par sa présence, qu'on ne le croit ordinairement.

9. Les *nécroses*, qui arrivent par suite des plaies d'armes à feu, ne sont pas ordinairement la suite de la contusion, mais bien une suite de l'inflammation de l'os et du périoste.

10. Les *fissures*, qui se trouvent souvent dans les fractures des os longs, se guérissent très-bien, moyennant un traitement convenable, en se soudant très-vite par un cal osseux. Mais elles sont très-dangereuses, quand elles se prolongent aux épiphyses, parce qu'alors elles transmettent facilement l'inflammation de la plaie jusque dans l'articulation. Heureusement ce dernier accident ne s'observe que rarement à la guerre, parce que chez les jeunes soldats (jusque vers la trentième année), la cloison qui sépare le diaphyse de l'épiphyse empêche la prolongation de la fissure.

11. La *plupart des cas de fractures* des diaphyses *avec esquilles*, sans lésions considérables des parties molles, par exemple, des gros vaisseaux, etc., pourraient encore être amenés à guérison, sans les dangers inévitables dans toute campagne un peu active, et qui résultent, soit du *transport* des blessés dans les ambulances, soit des *miasmes* qui s'engendrent nécessairement dans des localités où, pendant un certain temps, on traite une quantité de plaies qui sécrètent abondamment.

C'est principalement par suite de ces influences, que survient une série d'accidents fâcheux dans les plaies, qui, ensuite, entraînent la mort du malade, à savoir : l'inflammation de l'os, des hémorragies, la gangrène, la nécrose, le tétanos, et *surtout la phlébite et la pyohémie*, et on ne réussit que rarement à échapper au danger par l'amputation secondaire.

12. La tâche principale de l'administration doit donc être de neutraliser autant que possible ces influences nuisibles, moyennant des hôpitaux spacieux, une bonne ventilation, des ambulances bien organisées, et un nombre suffisant de médecins tant sur le champ de bataille que dans les hôpitaux.

13. Quant au *traitement des plaies*, il est le même que celui des fractures compliquées. Avant tout, il faut examiner la plaie avec une scrupuleuse attention. Les choses principales sont ensuite le *repos absolu du membre blessé, le traitement antiphlogistique et l'écoulement libre du pus.*

14. Puisqu'à chaque mouvement du membre blessé les esquilles irritent et dé-

chirent les parties molles, en causant des douleurs terribles et quelquefois des hémorragies dangereuses, il est nécessaire qu'un bandage ferme et convenable, fait sur le champ de bataille, cherche à remédier à cet inconvénient. A l'hôpital il faut donner au membre blessé un *repos absolu*, avec des appareils aussi simples que possible.

Les appareils à extension sont entièrement à rejeter, parce qu'ils sont ou inefficaces ou nuisibles.

15. Pour combattre l'inflammation, un des moyens les plus efficaces est le *froid*, soit avec de la glace, des irrigations ou des fomentations à l'eau froide. On peut appliquer la glace pendant quatre à huit semaines et même au delà, avec le plus grand succès : cependant cela n'est pas nécessaire dans la plupart des cas. Ordinairement, quand la suppuration survient, on fait bien de passer aux fomentations à l'eau tiède, plus agréables pour le malade et qui nettoient bien mieux la plaie. Les cataplasmes chauds agissent dans la plupart des cas d'une manière tout à fait pernicieuse, en augmentant la suppuration.

16. Dans les cas graves, les *émissions sanguines* générales et locales sont indispensables, et souvent elles font disparaître presque instantanément le mauvais aspect de la plaie.

17. Il est de la plus haute importance de favoriser le *libre écoulement du pus*. Exprimer le pus à chaque pansement est un moyen parfaitement illusoire, qui très-souvent cause le plus grand préjudice. La position avantageuse du membre blessé et des incisions appliquées au moment favorable sont les seuls moyens rationnels. Plus tard, des bains locaux et généraux sont de la plus grande importance.

18. Les *esquilles* qui ne se raffermissent pas, mais qui dès le commencement sont entièrement séparées du périoste, ou qui plus tard se nécrosent, peuvent généralement être extraites pendant le traitement d'une manière facile. Quelquefois il reste des nécroses, qui doivent être éloignées par une opération ultérieure. Cependant, le traitement étant bien dirigé, on aura besoin d'y recourir beaucoup plus rarement qu'on ne le pense ordinairement.

19. Plus on a soin de laisser un repos absolu au membre blessé, moins on irrite la plaie en examinant ou en éliminant les esquilles et les corps étrangers, moins on aura plus tard à extraire d'esquilles nécrosées, et le cas se guérira d'autant plus vite en général.

22. *Les résections primitives ou d'emblée dans la continuité sont donc entièrement à rejeter.* C'est ce que prouve la comparaison des résultats obtenus dans les trois campagnes dans lesquelles le traitement a été différent.

21. Dans les deux premières campagnes, l'amputation fut faite très-souvent pour le *broiement de l'humérus*. Toutefois, dans 16 cas de ce genre, on essaya de conserver le membre. Sur 9 de ces cas, toutes les esquilles furent extraites et les deux bouts des os sciés peu de temps après la lésion ; il y eut 4 morts. Dans 3 autres cas on ne fit l'extraction que des esquilles tout à fait mobiles ; il en mourut 1. Enfin, dans les quatre derniers cas, on ne fit ni résection, ni extraction, et il n'en mourut pas un seul, et la guérison s'opéra même dans un temps plus court.

22. Par suite de ces expériences, les chirurgiens résolurent donc, non-seulement *de ne plus faire l'amputation de l'humérus*, tant qu'il n'y aurait que fracture ou broiement de l'os, mais de s'abstenir entièrement des autres opérations primitives ; extraction des esquilles, résections, etc. Sur 25 cas de ce genre, ainsi traités d'une manière simple, il n'y eut que 4 morts ; et pourtant sur les 21 blessés conduits à guérison, plusieurs avaient eu l'humérus tout à fait broyé par une balle de mitraille. Chez l'un d'eux, en particulier, on fit *successivement* l'extraction de soixante esquilles plus ou moins grandes, et néanmoins le blessé a conservé un membre dont il peut très-bien se servir.

23. Les *fractures des diaphyses* de l'un ou des deux os *de l'avant-bras* sont en elles-mêmes *peu dangereuses*. De 55 blessés de cette catégorie, il n'en est mort qu'un seul, qui a succombé au choléra. Dans 7 cas on fit la résection de l'un ou des deux os; dans 7 autres cas toutes les esquilles furent extraites au commencement; pour les 41 blessés restants, où l'on fit successivement l'extraction des esquilles parfaitement libres, la guérison s'opéra d'une manière beaucoup plus rapide et plus complète que dans les premiers cas. La formation d'une pseudarthrose ne fut observée que dans deux des premiers cas.

24. Les *fractures de la diaphyse du fémur* rendent indispensable l'amputation de la cuisse, lorsqu'il y a beaucoup d'esquilles et un dégât considérable des parties molles. Mais quand il n'y a qu'une fracture simple ou peu d'esquilles sans lésions considérables des parties molles, il faut tenter la conservation du membre. *Sur 26 cas de ce genre, 12 ont guéri ;* ce résultat comparé aux amputations du fémur, peut être appelé favorable. Car, sur 128 amputations du fémur pratiquées dans les trois campagnes, 77 se sont terminées par la mort. Quand on veut tenter de conserver le membre, il faut le traiter avec beaucoup de précaution et bien se garder d'irriter la plaie par l'extraction des esquilles ou par une résection, pour ne pas favoriser l'accès de l'air, qui augmenterait l'inflammation et la suppuration de la plaie. Dans la première campagne on essaya trois fois la résection du fémur; les trois blessés succombèrent.

25. Dans *les fractures de l'un ou des deux os de la jambe*, il faut toujours essayer de conserver le membre. Après des résections ou des tentatives précoces d'extraction des esquilles, il survient généralement des hémorragies dangereuses, et la guérison est toujours retardée. Sur 17 résections des os de la jambe, qui furent faites dans les deux premières campagnes, il y en eut 7 qui entraînèrent la mort. Ces 17 cas se rangent de la manière suivante :

3 fractures des deux os (2 morts) ;
7 fractures du tibia (4 morts) ;
3 fractures du péroné (1 mort).

Sur 58 autres blessés de la même catégorie traités sans résection et sans extraction immédiate des esquilles, il n'en mourut que 6. On comptait dans ce nombre :

8 fractures des deux os (1 mort) ;
27 fractures du tibia (2 morts) ;
23 fractures du péroné (3 morts).

28. Les fractures des petites diaphyses des mains et des pieds guérissent d'autant mieux et d'autant plus vite qu'on y touche moins.

29. Les lésions des *grandes épiphyses* sont pour l'ordinaire tellement dangereuses qu'une opération est indispensable pour sauver le blessé.

30. Le danger de ces lésions tient à la grande étendue de la synoviale, qui s'enflamme ordinairement dès que l'air entre par la plaie; aux sinuosités de la capsule articulaire qui ne permet que rarement le libre écoulement du pus, à la grande surface des extrémités des os, qui ne sont garantis que faiblement et pour peu de temps par la couche cartilagineuse,—enfin, au sang extravasé, qui dans les lésions de ce genre ne se trouve pas seulement épanché dans la cavité articulaire, mais aussi dans le réseau du tissu spongieux des épiphyses, et qui bientôt communique au pus une qualité putride.

31. Les symptômes que produisent les fractures des grandes articulations sont donc d'une violence extraordinaire. Il se forme rapidement une infiltration séreuse du membre entier, la capsule articulaire est distendue par l'inflammation et par la sécrétion d'une grande quantité de synovie, mêlée au commencement avec du sang, plus tard avec du pus, et qu'une pression légère sur l'articulation fait écouler

par l'ouverture de la plaie. Tout mouvement du membre, tout contact exercé sur l'articulation cause les douleurs les plus terribles. A cela se joint bientôt une fièvre très-intense, qui prend souvent au bout de quelques jours le caractère de la fièvre pyohémique. Alors il se forme dans l'articulation une sanie putride, mêlée à des gaz fétides et qui s'échappe avec un bruit de glouglou, quand on presse sur la capsule. La mort survient à la suite de frissons fréquents, de délire et d'ictère. L'amputation du membre dans cette période ne fait que hâter la mort.

32. Quand la lésion de l'articulation est moins considérable, ces phénomènes se montrent plus lentement et avec moins d'intensité. Le danger de la pyohémie n'est pas aussi grand, l'inflammation prend un caractère plus chronique; mais peu à peu le membre est creusé par des fusées purulentes; les cartilages nécrosés laissent à nu les surfaces articulaires ; la sécrétion du pus devient tellement abondante, que le malade succombe à la fièvre hectique.

33. Le diagnostic des lésions articulaires est dans quelque cas excessivement difficile. La balle contourne quelquefois l'articulation sans léser la capsule ni les os, en produisant cependant par la contusion une exsudation considérable de synovie avec distension de l'articulation. La capsule finit alors par se rompre; et l'on a toujours ces deux symptômes principaux : l'écoulement de la synovie par la plaie, quand on presse sur un point éloigné de la capsule, et la possibilité de pénétrer avec le doigt dans l'articulation. Quelquefois cependant ces deux signes manquent, par exemple, lors que le membre a été blessé dans la flexion, et que dans l'extension des tendons ou des aponévroses se mettent au-devant de l'ouverture. C'est pourquoi il est de la plus haute importance d'examiner le membre dans la position dans laquelle il a été blessé.

34. Puisque la conformation particulière des articulations est la cause du grand danger de ces lésions, et puisque les autres moyens pour combattre les dangers ne sont ordinairement pas suffisants, il est du devoir du chirurgien de ramener la lésion à de meilleures conditions, soit par l'amputation du membre, soit par la résection de l'articulation.

38. La conservation de la vie étant toujours la chose principale, il s'agit, quand on a à opter entre ces deux opérations, de savoir laquelle des deux fait courir le plus de danger ; et ce n'est qu'en second ordre que se présente la question de savoir si un membre réséqué est plus utile au malade qu'un moignon d'amputation.

36. Les expériences de ces campagnes ont démontré de la manière la plus évidente, que *pour les extrémités supérieures les résections articulaires sont beaucoup moins dangereuses que l'amputation du membre ;* à quoi il faut ajouter que les résections du coude et celles de l'articulation scapulo-humérale conservent au malade un bras dont il peut très-bien se servir.

37. Quant aux membres inférieurs, la solution est réservée à une expérience ultérieure. Toutefois, les essais tentés par les chirurgiens allemands pour les résections du genou et de la tête du fémur autorisent à les continuer.

38. Parmi les lésions des grandes articulations, la lésion de l'articulation scapulo-humérale est celle qui se guérit le plus facilement sans opération. Mais il faut que le traitement soit dirigé avec la plus grande énergie et avec une grande attention. Dans 8 cas de ce genre, qui ont été traités sans opération, il y a eu 5 morts et seulement 3 guéris, ces derniers après beaucoup de souffrances.

39. La désarticulation scapulo-humérale ne donne pas ordinairement des résultats moins favorables que l'amputation simple du bras; cependant elle n'est indiquée que dans des cas rares, surtout dans ceux où la balle n'a pas seulement fracassé l'articulation, mais aussi intéressé les grands vaisseaux et les nerfs, parce qu'ici la vie du malade est immédiatement menacée par les hémorragies et la

gangrène. Dans tous les cas où il n'y a que des lésions des parties osseuses de l'articulation, il est nécessaire de faire la résection le plus tôt possible.

40. Sur 19 résections de la tête de l'humérus, il y en a eu 7 suivies de mort. Les 12 autres blessés furent complétement guéris, et même dans un temps beaucoup plus court que les 3 blessés sauvés sans opération. Tous ont conservé un membre très-utile. L'ankylose réelle après l'opération ne s'est produite que dans le plus petit nombre des cas.

41. Quand la lésion des os s'étend plus loin que la tête de l'humérus, ce n'est pas encore une contre-indication à la résection. Ordinairement nous avons réséqué avec la tête de l'humérus un fragment de la diaphyse plus ou moins grand, selon l'étendue de la fracture. Dans plusieurs cas, la longueur de la pièce réséquée a été de 5 pouces.

42. Les lésions du coude par coups de feu sont plus dangereuses que celles de l'articulation scapulo-humérale ; ce qu'avaient déjà remarqué Larrey, Guthrie et d'autres. La plupart des blessés de ce genre, qu'on a essayé de traiter sans opération sont morts par suite de pyhoémie ou de fièvre hectique. C'est pourquoi la plupart des chirurgiens militaires regardaient toute fracture un peu considérable des os du coude pour une indication de l'amputation.

43. Les expériences de ces campagnes ont démontré, que *dans tous les cas la résection du coude est préférable à une amputation.* Sur 40 résections du coude, il n'y a eu que 6 morts; les 34 autres opérés ont guéri et conservent tous un membre plus ou moins utile, excepté un, dont l'avant-bras tomba en gangrène, parce que l'artère brachiale avait été déchirée par la balle. Sur 54 amputations de l'humérus faites pour des lésions de ce genre, 19 furent suivies de mort.

44. La résection n'est pas contre-indiquée, parce qu'il y aurait plus d'un os de l'articulation lésé. Dans beaucoup des cas les épiphyses des trois os furent réséqués, et quelquefois il fallut enlever jusqu'à 4 et 5 pouces de l'un des trois os, en conservant autant que possible les deux autres épiphyses.

45. De toutes les méthodes employées pour cette opération, la méthode de Liston, à quelques petites modifications près, a été trouvée la plus favorable; et c'est à elle que l'on a toujours eu recours dans la dernière campagne.

46. Après la résection du coude, un traitement ultérieur bien dirigé est de la plus haute importance. Il est surtout nécessaire, après la cicatrisation de la plaie, de faire exécuter au bras des mouvements méthodiques et fréquents, pour favoriser la formation d'une articulation nouvelle et pour empêcher la formation d'une ankylose, qui cependant reste dans quelques cas.

47. Les lésions des parties osseuses de l'articulation coxo-fémorale entraînent presque toujours la mort. La désarticulation du fémur n'offre que bien rarement une triste et fort douteuse ressource. Sur 7 opérations pratiquées dans les trois campagnes, 6 furent suivies de mort; un jeune homme de 17 ans seul guérit.

48. Dans un cas de fracture de la partie supérieure du fémur , dans la région du trochanter, on tenta d'extraire l'épiphyse et de réséquer le fragment inférieur. L'état du malade et du membre blessé s'améliora bien pendant quelques jours après l'opération ; mais enfin il succomba à la pyohémie, et l'autopsie démontra une lésion de la tubérosité sciatique, qui avait entraîné une suppuration putride de cet os. En tous cas, cette opération a besoin d'être répétée pour en porter un jugement.

49. Nous n'avons pu que confirmer la triste observation de la plupart des chirurgiens militaires, que toutes les plaies de l'articulation du genou, dans lesquelles une ou deux épiphyses sont frappées par la balle, exigent l'amputation immédiate. Ce n'est que dans des cas rares, que nous avons réussi à guérir les lésions de cette

articulation, et cela seulement, quand ou la capsule seule ou avec elle la rotule avaient été frappées.

50. Les résultats de l'amputation du fémur étant si mauvais, nous avons essayé dans quelques cas la conservation du membre, en faisant de grandes incisions latérales, mais en vain. L'issue funeste était bien retardée, mais non pas empêchée. Vers la fin de la dernière campagne, on tenta *la résection complète de l'articulation du genou*, qui, il est vrai, finit aussi par la mort, mais qui cependant améliora tellement l'état du malade pour un certain temps, que les médecins conservaient déjà l'espérance d'une guérison, de sorte que la répétition de cette opération paraît tout à fait justifiée dans des pareils cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.—20 *septembre.—M. Alquié*, professeur à Montpellier, lit un Mémoire intitulé : *De l'utilité clinique du microscope pour la connaissance des maladies cancéreuses.* Il a pour objet de réfuter cette assertion des micrographes, que le cancer aurait pour caractère spécifique une cellule particulière.

Suivant M. Alquié, les altérations épithéliales, épidermiques, fibro-plastiques ou squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, etc., sont également susceptibles de se reproduire, et leur reproduction tient, non à des conditions purement locales, à une infiltration plus ou moins profonde des tissus, mais à un état général, à un vice interne, source essentielle de tous les désordres pathologiques. Il admet bien l'existence de cette cellule dans certains cas de squirrhe, d'encéphaloïde obscurs ; mais son absence ne doit point faire méconnaître le cancer, quand la plupart des caractères de l'état cancéreux se rencontrent.

« Ainsi, dit-il en terminant, le diagnostic d'une tumeur sous-cutanée ou profonde peut être éclairé par l'examen microscopique d'une petite portion de substance retirée à l'aide d'un trocart explorateur. Les matières puriformes, expulsées par les ouvertures naturelles ou accidentelles, et étudiées de la même manière, sont propres à faire découvrir l'existence encore incertaine d'une altération cancéreuse des viscères thoraciques ou abdominaux. Mais l'absence de la cellule spéciale et la présence de l'épithéliale ou de l'épidermique ne permettront pas au clinicien de nier une maladie cancéreuse, alors surtout que la plupart des signes de cette lésion morbide se rencontrent aux yeux de l'observateur. »

—*M. Mercier* communique des observations d'incision et d'excision des valvules prostatiques. Il se résume ainsi :

1° La rétention d'urine peut résulter souvent de deux espèces de valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques : les premières appartenant spécialement à la jeunesse et à l'âge mûr, les secondes à la vieillesse; les premières tout à fait inconnues avant moi, les autres entrevues par quelques pathologistes, mais jamais décrites, et surtout traitées d'une manière rationnelle et efficace;

2° Les premières peuvent être opérées avec succès par l'incision et par l'excision; mais les secondes exigent presque toujours l'excision ;

3° Cette opération est des plus innocentes;

4° Certaines petites tumeurs de la portion sus-montanale de la prostate, ainsi que certaines tumeurs plus volumineuses, mais étalées et à large base, que je serais tenté de nommer valvuliformes, peuvent et doivent être traitées par divers procédés;

5° Il résulte de là que sur dix cas de rétentions d'urine chez les vieillards, rétentions qui passent encore pour incurables, même aux yeux des médecins, huit au moins pourraient être guéries par cette opération, si l'on avait soin de ne pas attendre l'apparition de complications plus graves que la maladie primitive;

6° L'âge du sujet n'est jamais, à lui seul, une contre-indication, puisque j'en ai opéré de 76 et de 78 ans. Il en est de même du décret ou de l'ancienneté de l'affection, puisque l'un de mes malades a été guéri d'une rétention d'urine qui, depuis sept ans, était complète. J'en ai également guéri qui étaient atteints de complications très-graves ;

7° Des faits, datant de plusieurs années déjà, prouvent que la guérison est radicale, et même que le temps peut ajouter à l'amélioration immédiate.

—*M. Guyon*, inspecteur du service de santé militaire en Afrique, communique une note sur un moyen de faire cesser immédiatement les crampes des jambes chez les cholériques, en renversant le pied sur la partie antérieure de la jambe. A cet effet, on saisit le talon d'une main, tandis que de l'autre, avec laquelle on saisit également la pointe du pied, on opère le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissent comme celles des jambes par l'extension des doigts sur la main, et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Académie de médecine.—21 *septembre.—M. Bouchardat* lit un rapport sur une cinquantaine de remèdes, envoyés au ministre comme efficaces contre la rage. La plupart sont de vieilles formules déjà rejetées par l'expérience; les autres n'ont pas la moindre valeur. Ces conclusions sont adoptées.

—*M. Velpeau* répond à l'argumentation de M. Ricord sur la non-contagion des accidents secondaires de la syphilis.

28 *septembre.—M. Gibert* soutient que les accidents secondaires sont transmissibles.

M. Roux prend la parole dans le même sens.

M. Ricord répond à trois orateurs précédents.

5 *octobre.—M. Gerdy*, dans un très-long discours, feint qu'il n'entend rien à la syphilis, qu'il s'est fait instruire par un disciple de M. Ricord, et expose les doctrines de ce dernier de manière à provoquer de gros rires.

M. Ricord proteste contre cette argumentation toute personnelle. « Si M. Gerdy, ajoute-t-il, ne connaît pas la syphilis, qu'il aille l'étudier d'abord ; je lui répondrai après. »

12 *octobre.—M. Bouisson*, de Montpellier, lit un travail sur la luxation traumatique de l'atlas sur l'occipital, dont il montre une fort belle pièce.

—*M. Velpeau* reprend tous les arguments de M. Ricord et les combat successivement. Après une dernière réplique de M. Ricord, la discussion est close. Nous en donnons le résumé aux variétés.

—*M. Maisonneuve* présente un sujet auquel il a refait un nez à l'aide d'un lambeau frontal.

VARIÉTÉS.

De la discussion sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

Après la longue discussion sur la civilisation, on pouvait croire qu'une autre

discussion immédiate, dont la syphilis serait encore l'objet, trouverait l'Académie fatiguée et inattentive. Il n'en a rien été : dès le premier jour, M. Velpeau avait su lui donner un attrait qui ne s'est presque pas démenti pendant six séances. A M. Velpeau, parlant en faveur de la contagion, se sont joints MM. Lagneau, Gibert, Roux, Gerdy ; à eux tous, seul, *nec pluribus impar*, M. Ricord a répondu. Si la question n'a pas été jugée en dernier ressort ; s'il reste encore des obscurités et des doutes, c'est peut-être qu'il ne sera jamais donné de surmonter toutes les difficultés du sujet ; mais, du moins, aucune de ces difficultés n'a été laissée en arrière. Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, M. Ricord se trouvant seul de son bord, ses adversaires ne se sont pas contentés de combattre sa doctrine sur les accidents secondaires, et ont attaqué, par occasion, ses autres doctrines ; digression regrettable, en ce qu'elle éparpillait le débat, et ne permettait plus de rien approfondir. Nous laisserons de côté tout ce qui n'aura pas trait à la question principale, et c'est déjà une tâche assez ardue que de condenser une discussion si considérable dans un rapide résumé.

M. Velpeau, après avoir rappelé le fait de M. Lindeman, qui eut un chancre induré à la suite de l'inoculation d'un ulcère de l'amygdale qu'il regardait comme secondaire, a commencé par déclarer que, pour lui, *toutes ou presque toutes les manifestations de la syphilis secondaire sont contagieuses*. Il a invoqué en sa faveur, d'abord l'assentiment presque universel, depuis l'origine de nos connaissances sur la syphilis ; il a cité des expériences à lui propres sur la transmission des végétations vénériennes, et un fait clinique direct de M. Vidal ; l'hérédité de la syphilis serait encore, selon lui, une preuve de la contagion ; il a insisté ensuite sur la transmission de la vérole des nourrissons aux nourrices ; et, finalement, il a rappelé les inoculations réussies avec de la matière d'accidents secondaires, par MM. Vidal, Cazenave, Richet et Boulay, en France ; par Wallace, en Angleterre, et Weller, en Allemagne.

De ces cinq ordres de preuves, M. Lagneau en a seulement développé deux : l'assentiment général et le succès des inoculations.

M. Ricord a traité assez dédaigneusement le premier argument tiré de l'assentiment général ; et, en effet, il y a toujours à savoir si cet assentiment a été ou non légitime. Cette première preuve est donc restée sur le carreau, et l'on n'a plus songé à la ramasser. Il a pareillement rendu sa vraie signification à l'hérédité syphilitique, qui ne prouve pas plus la contagion que l'hérédité de la goutte ou du cancer ; et M. Velpeau, après une légère défense pour la forme, a encore abandonné ce point. Touchant les expériences et les faits qui prouveraient la contagion des végétations, M. Ricord les a repoussés par une fin de non-recevoir, qui n'a pas laissé de surprendre ses adversaires ; il a déclaré que, pour lui, les végétations n'avaient rien de syphilitique. Cela n'a point été accepté aussi facilement qu'allégué, sans doute ; mais il aurait fallu une discussion toute spéciale ; et, finalement, laissant encore cet argument de côté, tout le débat a roulé désormais sur ces deux points capitaux : les expériences par inoculation et les observations cliniques, qui se sont renfermées peu à peu, comme par un assentiment tacite, aux faits de contagion entre nourrices et nourrissons.

M. Ricord a pris position, dès l'abord, dans une sorte de retranchement dont on n'a pas pu le faire sortir. Pour savoir si la contagion provient bien d'accidents secondaires, il faut d'abord, a-t-il dit, établir qu'on a affaire à des accidents secondaires. Or, quels sont les éléments d'un diagnostic absolu ? Les antécédents ? Ils sont pleins d'obscurités. Ainsi, voilà une vérole commune à la nourrice et au nourrisson : a-t-on précisé avec certitude le véritable point de départ ? Est-ce que la nourrice ne peut pas avoir communiqué à son nourrisson une vérole primitive,

plutôt que d'en avoir reçu une vérole secondaire? M. Lindeman s'est inoculé avec du pus d'un ulcère de la gorge : est-il prouvé que cet ulcère fût secondaire? M. Cazenave, M. Richet, Wallace ont pu inoculer le pus d'ecthymos : qui leur a dit que ces ecthymas ne fussent pas primitifs?

Dira-t-on, avec M. Lagneau, que le siége, pour l'ulcère de M. Lindeman, suffit à montrer qu'il était secondaire? Est-ce que, sans avoir recours à des explications qui répugnent, la contagion primitive ne saurait très-simplement, très-facilement atteindre le fond de la gorge? Chez le sujet qui fournit à M. Vidal le virus inoculateur, il y avait de nombreuses pustules ecthymateuses; et M. Lagneau en a tiré la conséquence que l'éruption était bien secondaire. Mais si la multiplicité des pustules est une preuve, que devient cette preuve dans les cas allégués de M. Richet, de M. Cazenave, où la pustule d'ecthyma était unique?

Enfin, aura-t-on recours à la forme? Sans doute, dans un grand nombre de cas, la forme est tellement différente entre les accidents primitifs et les accidents secondaires qu'une erreur de diagnostic est le plus ordinairement impossible. Mais aussi ce n'est pas dans ces cas qu'on discute; il y a lieu à discuter, quand la ressemblance est telle qu'on peut se tromper et qu'on se trompe. La *papule*, la *pustule plate humide*, la *pustule muqueuse*, les *plaques muqueuses*, les *tubercules muqueux*, ce groupe si mal apprécié des *condylômes*, toutes ces manifestations, quand elles sont vraiment primitives et contagieuses, c'est le chancre, plus ou moins métamorphosé; c'est l'*ulcus elevatum;* et il n'est pas toujours facile de distinguer les prétendues plaques muqueuses primitives, provenant de la transformation du chancre, et les vraies plaques muqueuses survenues à distance et vraiment secondaires. L'ecthyma primitif, qui est le chancre cutané, ne ressemble-t-il pas exactement à l'ecthyma secondaire? Mais, dira-t-on, on les distinguera par la date de leur origine, par la relation des accidents secondaires avec des accidents primitifs antérieurs. Est-ce qu'on ne peut pas avoir des accidents vraiment secondaires, et regagner de nouveaux accidents primitifs de la même forme? Et tout étant aussi obscur, avant d'affirmer, dit M. Ricord, que vous avez affaire à des accidents secondaires contagieux, commencez par me prouver que votre diagnostic était précis, qu'il était dégagé des causes d'erreur que je vous ai signalées !

A cette argumentation qui ne manquait pas de force, M. Ricord ajoutait les faits contraires. Nombre de fois il a tenté l'inoculation d'accidents secondaires; toujours il a échoué. D'autres ont répété ses expériences, et n'ont pas été plus heureux. Quoi ! les accidents secondaires bien vérifiés seraient toujours impossibles à inoculer, et on leur attribuerait la contagiosité pour quelques expériences avec des accidents d'origine et de nature douteuses? Mais, dira-t-on, ils peuvent être transmissibles d'une autre manière que par l'inoculation. M. Ricord ne l'admet point.

Et d'ailleurs, on parle de la transmission du nourrisson à la nourrice; M. Ricord cite un enfant vérolé, avec des ulcérations profondes aux lèvres, qui a teté *dix-huit mois* une nourrice sans lui rien communiquer. « Sont-ce là, s'écrie-t-il, des faits exceptionnels? Demandez-le à M. Natalis Guillot, chargé, pendant plusieurs années, du service des enfants trouvés; demandez-le à M. Nonat, chargé du service des nourrices de l'administration des hôpitaux; demandez-le à M. Vénot, médecin de l'hôpital des vénériens de Bordeaux; interrogez M. Rey, ancien médecin de l'hôpital de la Charité de Marseille; M. le docteur Cauvière et M. Seux, médecin en chef actuel de cet hôpital, qui vient d'envoyer à l'Académie un travail intéressant sur la non-contagion des accidents secondaires; appelez-en au témoignage consciencieux de notre savant confrère M. Cullerier, dont vous avez entendu le remarquable travail, qui, basé sur un grand nombre d'observations, conclut à la non-contagion des accidents secondaires, et tous vous diront que c'est la règle gé-

nérale; ils vous diront que cette innocuité des nourrices n'est pas un fait exceptionnel; car quelques-uns de ces nourrissons infectés ont pu changer plusieurs fois de nourrice, sans qu'aucune d'elles soit devenue malade. »

Que répondre à une argumentation aussi serrée et aussi formidable? M. Velpeau ne s'est pas contenté de se défendre, il a attaqué. M. Ricord, se complaisant dans l'énumération des causes qui faussent le diagnostic, accusant tous les expérimentateurs de s'être trompés, avait un peu abusé de sa force, et avait raillé, d'ailleurs fort agréablement, le peu de sévérité de leurs investigations, leur facilité à tout croire. M. Velpeau a exercé de cruelles représailles. Avec toute l'aménité possible, il s'est enquis si M. Ricord pratiquait toujours ce qu'il prêchait si bien; il a repris, une à une, ces charmantes anecdotes des *Lettres sur la syphilis;* et, les disséquant au point de vue d'une rigoureuse observation, il a mis en relief les côtés faibles; de petits racontages admis trop facilement, de petites circonstances un peu amplifiées; et il à fait, à son tour, admirer M. Ricord pour *sa crédulité et sa bonhomie!*

Jusque-là, tout était de bonne guerre; mais la question réelle n'était pas touchée; et, pour cette question, il importait fort peu que M. Ricord se fût écarté de ses propres règles en fait d'observation, si, après tout, ces règles étant justes, les expérimentateurs en cause ne les avaient pas observées. M. Velpeau a voulu les venger de ce reproche; et il lui a fallu soutenir qu'ils ne s'étaient point trompés, et qu'il était plus raisonnable d'en croire des hommes qui jugeaient la maladie qu'ils avaient sous les yeux, que M. Ricord qui la jugeait sans l'avoir vue. Cela était peut-être plus spécieux que solide, et l'on peut parfaitement démontrer la fausseté d'un diagnostic avec l'observation seule et sans voir le malade. Mais, d'une autre part, il faut bien reconnaître aussi que M. Ricord n'a point fait cette démonstration; et il est véritablement difficile d'admettre que, dans le diagnostic des accidents primitifs ou secondaires, tout le monde se trompe, un seul homme excepté. Et cet homme même ne prétendant nullement à l'infaillibilité, le diagnostic resterait éternellement douteux, et la science impossible.

Enfin, aux observations citées par M. Ricord, M. Velpeau a répondu en en citant d'autres; et notamment une série de neuf cas de contagion d'accidents secondaires que lui avait adressée M. Bardinet, de Limoges. M. Gibert en a cité de sa propre pratique, M. Roux en a ajouté de nouveaux.

M. Ricord a repris la parole; et avec une mesure parfaite, répondant aux principales critiques de M. Velpeau, il est parvenu à ramener de son côté les rires sympathiques de l'auditoire. Il a bien aussi montré le vide de quelques-unes des observations qui lui étaient opposées; il a signalé surtout ce fait, que tandis que tant de nourrices accusent leurs nourrissons, *on ne cite pas un seul cas de contagion après la naissance, de l'enfant à la mère;* peut-être, parce que la spéculation ici n'existe plus.

M. Velpeau est revenu à la charge avec de nouveaux faits empruntés à M. Eagle, médecin anglais; à M. Sommer, de Copenhague; à M. Simon, de Hambourg; à M. Ferry, médecin en chef de l'hôpital d'Alais; à M. Henri de Saint-Arnaud, médecin de Paris.

M. Ricord n'a eu qu'une seule chose à répondre, c'est que les observations ne pouvaient être jugées qu'après avoir été publiées; et lorsqu'elles le seront, il les examinera avec tout le soin qu'elles méritent. Il a ensuite provoqué la nomination d'une commission, qui aurait pour mission de vérifier quelques-unes des doctrines controversées.

Là s'est terminée cette discussion, qui comptera parmi les plus importantes qui aient été portées devant l'Académie. Deux orateurs, surtout, s'y sont fait remarquer; M. Ricord, qui avait eu dans l'origine quelque peine à soumettre sa vive imagi-

nation, ses saillies parfois aventureuses, aux exigences de la tribune académique, et dont les progrès sous ce rapport ont été frappants pour tout le monde; M. Velpeau, athlète consommé dans ces luttes scientifiques, et qui, peut-être, a dépassé encore ce qu'on avait droit d'attendre de lui. L'un et l'autre ont montré tout ce que l'attaque et la défense peuvent avoir d'habileté, de justesse et de force, sans que les armes cessent d'être courtoises. Cette modération dans les formes, qui est à nos yeux un mérite de plus, n'a pas été du goût de M. Gerdy. C'est la deuxième fois en six semaines, que cet orateur a cru devoir monter à la tribune pour dénoncer les ménagements, et suivant son mot, les congratulations échangées entre les adversaires. M. Gerdy, si nous l'avons bien compris, penserait qu'un bon argument perd de sa force, s'il n'est accompagné d'emportements et d'injures; et il lui est arrive, malheureusement, d'ajouter l'exemple au précepte. Nous n'en disons pas davantage, et il nous déplairait d'insister sur l'erreur d'un des esprits d'ailleurs les plus distingués de l'Académie. Nous espérons même qu'il nous passera cette dernière *congratulation*, en faveur de celui qui en est l'objet.

Et maintenant, sur le fond de la question, que conclure? Nous avions de grands doutes au commencement, et nous confessons qu'ils ne sont point dissipés. M. Velpeau a cité des observations nombreuses, et en apparence bien décisives; mais déjà il a dû en rapporter des mêmes autorités, qui, véritablement, ne supportent pas l'examen. M. Ricord a parfaitement montré le vide de ces dernières; mais il a plutôt éludé que discuté les plus probantes. D'une autre part, n'est-il pas singulier qu'il nous pleuve de tous côtés des histoires de nourrices infectées par leurs nourrissons, excepté précisément des grands établissements de Paris, où l'on peut observer sur une si grande échelle, et où les observations se recueillent peut-être un peu plus rigoureusement que partout ailleurs? Nous même, nous avons vu dans notre pratique des cas qui nous font pencher très-fortement du côté de la contagion; mais nous reconnaissons sans peine qu'ils n'ont pas toute la rigueur scientifique nécessaire, et que M. Ricord a raison d'exiger.

Heureusement, s'il demeure encore des doutes sur la question scientifique, la question pratique est jugée par tout le monde; et nous approuvons cette fois, sans réserve, la conclusion prudente ainsi formnlée par M. Ricord :

« Dans l'état actuel de la science, et en vue de la difficulté, quelquefois très-grande, d'un diagnostic absolu, en vue surtout de s opinions dissidentes, je n'ai jamais conseillé de permettre des rapports entre des personnes malades et des personnes saines. Comme aussi devant un tribunal, je ne crois pas que mes adversaires puissent affirmer que des accidents secondaires ont dû être fatalement contagieux. C'est en se tenant dans ces sages réserves, qu'on peut satisfaire, autant que la science le permet aujourd'hui, et en attendant mieux, à l'hygiène privée et publique, à la morale et à la loi. »

Bulletin de la syphilisation. — Essais des inoculations répétées dans la morve et le farcin.

L'Académie a jugé la syphilisation; mais, comme on pouvait le pressentir, son arrêt s'est trouvé frappé d'appel de divers côtés. Quelques organes de la presse médicale se sont bornés froidement à l'enregistrer; d'autres, qui n'avaient point pris part à la discussion, se sont chaudement prononcés contre le vote qui l'a terminée. Nous aurions eu un grand plaisir à rapporter les jugements de l'*Abeille médicale de Paris* et de la *Gazette médicale de Toulouse*, sans les éloges trop flatteurs qui s'y trouvaient joints pour le directeur de la *Revue médico-chirurgicale*. La *Gazzetta degli Stati Sardi* a pareillement soumis les conclusions académiques à une critique sévère; M. Spérino les a combattues dans une courte brochure détachée d'un ou-

vrage plus considérable qu'il doit prochainement publier sur ce sujet. En attendant cette publication, dont nous nous proposons de rendre compte, l'idée générale de la syphilisation a inspiré à M. Rey, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, des expériences encore incomplètes, mais dont les premiers résultats sont déjà très-dignes d'intérêt. Nous empruntons le peu qu'il en a dit à la *Gazette médicale de Lyon*.

« La question de la syphilisation qui est en ce moment le sujet de discussion du plus grand intérêt, soit dans les journaux, soit dans les Sociétés de médecine, nous a donné l'idée de faire quelques essais analogues sur les animaux, relativement à la morve.

« Quand on pratique des inoculations syphilitiques, on assure que ces inoculations, répétées d'après une certaine méthode, suivant certaines règles, épuisent rapidement la réceptivité, rendent les individus réfractaires à l'imprégnation, et loin d'aggraver les accidents constitutionnels les font disparaître.

« Il s'agit de savoir : 1° si des inoculations successives de pus virulent amènent la décroissance successive des chancres qui en résultent, jusqu'à un état d'immunité complète, qui serait le signe de la syphilisation ;

« 2° Si la syphilis constitutionnelle par laquelle font nécessairement passer les pratiques de la syphilisation, disparaît à mesure que les inoculations se multiplient, et peut être traversée assez rapidement pour n'avoir pas le temps de porter le désordre dans les organes ;

« 3° Enfin si la syphilis constitutionnelle existant préalablement, on peut la guérir par les inoculations.

« Nous avons commencé, de concert avec M. le docteur Diday, une série d'expériences pour résoudre ces diverses questions relativement à la morve et au farcin.

« Dans ce but, nous avons tenté non pas les inoculations *anti-morveuses*, mais des inoculations curatives, pour arriver sur les animaux affectés à une saturation virulente.

« Il n'est pas possible encore de tirer quelques principes de ces tentatives qui doivent être continuées. Jusqu'à présent, nous avons pu constater seulement qu'elles ont sur la marche de la maladie une influence prononcée, et qu'elles tendent à amender les symptômes plutôt qu'à produire une aggravation. »

— Nous recevons à l'instant la *Gazette médicale de Strasbourg*. Dans un article marqué au coin d'une grande réserve, M. Eissen rejette comme tout le monde la syphilisation préventive ; mais il ajoute :

« Quant à la syphilisation curative, la seule que nous admettions, nous croyons avoir établi qu'elle ne pourra être tentée que dans des cas infiniment rares, hors desquels elle serait ni rationnelle ni justifiable. Mais là nous paraît exister réellement une chance de progrès ; là l'expérimentateur consciencieux, le praticien perspicace, peuvent espérer des succès honorables, et nous applaudirons de grand cœur à tout ce qui se produira dans cette direction. »

Une réponse de M. J. Guérin.

Après deux mois d'une inutile attente, enfin nous avons reçu, par huissier, communication d'une longue réponse de M. J. Guérin. Elle est venue à petit bruit cette fois ; aucune note nouvelle n'en a prévenu les lecteurs de la *Gazette médicale*; peut-être aussi en annonçant de nouveau qu'elle allait paraître, l'auteur a craint

de tromper encore l'espérance de ses lecteurs. Et de fait, il a fait tout ce qui dépendait de lui pour en empêcher l'insertion.

Nous n'y voulions, pour notre compte, apporter aucun obstacle. L'arrêt qui l'avait condamné comme contrefacteur avait eu le grand mérite à nos yeux de trancher une question d'orthopédie pratique, que l'on avait essayé jusque-là de laisser dans l'ombre ; et nous aurions été satisfait de voir M. J. Guérin, reprenant notre discussion, achever d'y porter la lumière. Personne ne sera plus capable que lui, quand il le voudra, d'éclairer certaines obscurités orthopédiques; et toutes les fois qu'il émettra le désir, par huissier surtout, de nous adresser ses lumineuses observations, il nous trouvera disposé à lui être agréable.

Mais, nous ne saurions le dissimuler, c'est à une petite condition. M. J. Guérin, comme il aime à le rappeler, est d'une intrépidité peu commune; il affronte quelquefois les lois; il pense pouvoir affronter tout aussi bien les convenances. Trop heureux de tenir enfin cette réponse tant désirée, nous l'avions envoyée à l'imprimerie sans la lire; et c'est seulement à la vue de l'épreuve imprimée que nous avons pu en saisir tout l'esprit. On ne se fait pas une idée de la liberté que prend M. J. Guérin avec ses adversaires; et il faut que nos articles l'aient, en effet, gravement indisposé, pour avoir provoqué un tel débordement de bile et d'injures. En ce qui nous concerne, nous compatissons bien volontiers à cette fâcheuse indisposition, espérant qu'elle sera passagère ; mais, cependant, nous l'engageons à se faire traiter d'abord. Nos lecteurs ne sont pas accoutumés à ces emportements fébriles, à ce délire furibond d'un esprit qui n'est plus maître de soi; et nous avons à cœur de les respecter. Si, d'ailleurs, M. J. Guérin a de bonnes raisons à faire valoir, elles ne perdront rien à être exprimées en termes décents et de bonne compagnie ; et nous sommes honteux pour lui d'avoir eu besoin de le lui rappeler.

Nous avions eu cependant le dessein de résumer ici ces excellentes raisons, en les faisant suivre d'un petit commentaire. Afin même de ne pas tromper la légitime impatience du public, nous avions songé à émonder, à nettoyer, à expurger la réponse de M. J. Guérin. La tâche nous a paru tellement difficile que nous sommes forcés de la lui renvoyer. Il faut espérer que nous recevrons prochainement une deuxième édition de son œuvre, suffisamment corrigée; nous nous réservons alors, en la publiant, d'y joindre notre appréciation critique.

— La médecine française a été cruellement frappée dans le mois qui vient de s'écouler. L'Académie a eu à regretter la mort de M. Castel et de M. Réveillé-Parise ; et, en outre, une perte commune avec la Faculté, celle de M. Richard. M. Réveillé-Parise a laissé des regrets universels pour l'aménité de ses manières, la délicatesse de son esprit, la sûreté de ses relations; écrivain piquant et ingénieux, il aura mérité cet éloge bien rare, d'avoir, pendant plus de vingt ans, enrichi de ses articles la presse périodique médicale, sans avoir blessé un confrère, sans s'être fait un ennemi. A l'heure de sa mort, il venait de mettre la dernière main à son œuvre de prédilection, son *Traité de la vieillesse ;* du moins a-t-il eu la joie de le voir publié. M. Richard, aussi affable pour ses collègues, brillait par une intelligence supérieure, et sera difficilement remplacé dans sa chaire. Il aura emporté en mourant cette satisfaction, qui a échappé à M. Réveillé-Parise, qu'il a laissé dans la carrière médicale un fils qui ne laissera pas tomber l'éclat de son nom.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

NOVEMBRE 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Observation d'acéphalocyste du foie, ouverte dans la plèvre. — Thoracentèse ; par **M. Monneret**, *agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.*

Le Mémoire récent que M. Bricheteau a publié dans ce recueil renferme une étude clinique fort curieuse des acéphalocystes du foie, et soulève plusieurs questions de thérapeutique, qu'on ne pourra résoudre complétement qu'à l'aide d'observations détaillées. Celle que je viens de recueillir, dans mon service à l'hôpital Beaujon, offre plus d'un genre d'intérêt au praticien, et constitue un document nouveau à ajouter à ceux que l'on trouve dans le remarquable travail de M. Bricheteau.

Obs. — Lyonet Firmin, âgé de 17 ans, exerçant à Châteauroux la profession de cordier, et arrivé à Paris depuis peu de temps, entre dans la salle Saint-Jean (n° 7) le 17 août 1852. Ce jeune homme, de petite stature et d'une constitution chétive, porte au cou les cicatrices de plusieurs abcès scrofuleux, et un engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Il lui est survenu, il y a deux ans, un purpura accompagné d'œdème, qui a occupé les deux membres inférieurs. Ses père et mère vivent encore ; deux de ses frères sont au service, et sa sœur est bien constituée.

La maladie pour laquelle il entre à l'hôpital remonte à trois semaines seulement. Il éprouve, au milieu de la nuit, une assez vive douleur dans le ventre et une forte diarrhée qui continue pendant quatre jours. Le lendemain, la douleur change de place, occupe l'hypocondre droit aux environs du bord costal et se transmet à toute l'épaule du même côté. Dès lors, la respiration devient fréquente et pénible;

le moindre mouvement, la marche l'augmentent ; alors la face devient livide. Le décubitus en supination est impossible. Un peu de toux, qui exaspère les douleurs de l'hypochondre, se manifeste ; l'appétit se perd ; la soif augmente, la diarrhée persiste ; les troubles de la respiration restant au même degré, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Il n'a jamais vomi, ni remarqué de jaunisse ni d'épistaxis ; aucun traitement.

Le 18. L'état suivant est minutieusement constaté et décrit dans la feuille d'observation : expression de souffrance sur le visage ; poitrine fortement relevée par des oreillers ; respiration fréquente ; voussure très-prononcée de tout l'hémisphère droit de la poitrine, surtout au-dessous du mamelon et sur les côtes inférieures. En avant, matité complète de bas en haut jusqu'à la quatrième côte ; en arrière, jusqu'à la cinquième, s'avançant jusqu'au bord gauche du sternum ; absence de la vibration thoracique dans les mêmes points. La respiration est rude, puérile dans le tiers supérieur du poumon droit ; nulle ailleurs ; point de souffle, ni de bronchophonie ; seulement à la partie antérieure droite de la poitrine, dans le cinquième espace intercostal, je perçois distinctement un frottement pleural intense ; toux, point de crachats ; les battements du cœur sont normaux ; le pouls faible, peu fréquent. La hauteur du foie est de 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire, et la matité du lobe gauche va se confondre avec celle de la rate ; la voussure est très-marquée dans la région du foie ; les côtes sont écartées ; la glande hépatique déborde et descend dans l'abdomen ; la sensibilité y est obscure. Soif nulle ; point de nausées ni de vomisssements ; un peu d'appétit ; constipation depuis plusieurs jours ; point d'ictère.

Diagnostic porté le même jour, sur la feuille d'observation : acéphalocyste du oie, pleurésie consécutive.—*Aucun traitement.*

Le 19. Aucun nouveau symptôme.

Le 20. Le malade qui s'était levé est pris tout à coup d'une douleur vive et déchirante dans le côté droit, au niveau du sein ; elle lui fait pousser des cris, enchaîne les mouvements respiratoires ; le malade se tient assis craignant la suffocation ; sa figure pâlit et se couvre de sueur ; le pouls est petit, accéléré ; la nuit se passe ainsi dans une anxiété inexprimable.

Le 21. A ma visite, je le trouve assis sur son lit, la face altérée, respirant 60 à 70 fois par minute. Tous les phénomènes pectoraux observés la veille ont changé ; la matité s'étend en avant et à droite jusqu'à la clavicule, dépasse le bord gauche du sternum et, en arrière, s'élève jusque dans la fosse sus-épineuse. Le souffle tubaire, l'absence de vibration ne laissent aucun doute sur la formation rapide d'un épanchement pleural déterminé par la perforation du kyste qui a jeté son liquide dans la plèvre.

Je me décide à pratiquer immédiatement la thoracentèse, selon le procédé de M. Reybard, que je suis constamment : il s'écoule d'abord avec peine une à deux cuillerées de pus blanc, séreux, inodore, contenant de petites vésicules gélatineuses, transparentes, verdâtres, de la grosseur d'un pois, appartenant, de la manière la plus évidente, à un kyste hydatifère. J'obtiens difficilement, soit avec le stylet, soit avec une seringue à hydrocèle adaptée à la canule, quatre verres environ du même pus, tenant en suspension des hydatides. Sur le point de me décider à ouvrir largement le thorax, afin de vider entièrement la cavité pleurale des acéphalocystes et du pus, je remets l'opération au lendemain.

Le 22. Amélioration très-grande : la respiration est à 52 ; le pouls à 120 ; la matité a diminué et n'atteint que le quatrième espace intercostal ; le malade se sent mieux, et je diffère toute opération.—*Purgatif, bouillon.*

Les 23 *et* 29. Il est inutile de rapporter les symptômes qui ont été minutieusement enregistrés chaque jour jusqu'au 29; voici le résultat général de l'observation quotidienne. L'épanchement qui faisait de nouveaux progrès diminue, et le malade peut se coucher presque horizontalement et sur le côté droit; la respiration tombe à 36; le pouls à 108. Cependant, il s'est déclaré une bronchite fort intense; ronchus sonore à gauche; crachats muqueux et visqueux; toux continuelle; le foie remonte de 4 centimètres, et se rapproche ainsi du bord costal; le ventre est indolent, si ce n'est sur le bord des côtes vers la vésicule hépatique; appétit, selles naturelles, sueurs nocturnes.—*Purgatifs, boissons vineuses, potage.*

Du 1er *au* 10 *septembre.* Coloration très-légère des sclérotiques en jaune; ulcération de la main droite; épistaxis peu abondante presque tous les jours; gonflement des ganglions cervicaux du côté droit, rougeur érysipélateuse de cette région; langue naturelle, appétit; infractions continuelles au régime; diarrhée fréquente, selles bilieuses; pouls 108, 112; 28 à 36 respirations; la toux diminue et cesse; les symptômes pectoraux indiquent un accroissement lent mais continuel de l'épanchement, et j'avais décidé que l'ouverture du thorax serait faite le 10, lorsque le malade est pris d'un frisson intense, suivi de fièvre. Il se déclare une vive rougeur érysipélateuse sur la hanche droite. Bientôt celle-ci s'étend à toute la cuisse qui s'œdématie à un haut degré; un phlegmon profond et diffus envahit la fesse et la cuisse droites; des incisions profondes, pratiquées par M. Robert, font écouler une grande quantité de pus. Pendant ce temps, aucun signe nouveau ne se manifeste du côté des voies respiratoires; ils indiquent seulement l'existence d'un épanchement énorme et l'atrophie du poumon par le liquide épanché; le silence du bruit respiratoire est complet partout. Le malade, épuisé par une diarrhée intense et par la suppuration phlegmoneuse, succombe tout à coup, par syncope, le 19 septembre.

Autopsie le 21. Météorisme intestinal; une petite quantité de sérosité citrine, sans aucun flocon fibrineux, s'écoule du péritoine tout à fait sain.

Le foie a conservé sa situation, son volume et ses rapports naturels. Il ne déborde pas les fausses côtes. On aperçoit seulement, vers la partie la plus reculée de son bord postérieur et dans la gouttière vertébrale, une tumeur qui le déborde un peu et touche l'extrémité supérieure du rein droit. Elle passe derrière le foie qui lui adhère intimement, et peut avoir le volume d'une pomme. Elle se compose d'une membrane extérieure fibreuse très-épaisse, résistante, qui renferme à son intérieur le détritus de nombreuses vésicules, de dimensions variables et tout à fait vides, et des fragments de membranes gélatineuses, hyalines, qui ont dû avoir un volume assez considérable. Ce détritus est fortement teint en jaune d'ocre, et le microscope y montre tous les éléments de la bile. Il provient des vésicules hydatiques, qui ont perdu leur liquide par suite d'une altération morbide déjà ancienne, survenue dans leur constitution propre. En examinant de plus près l'intérieur du sac fibreux hydatifère, on y aperçoit quelques ouvertures capables d'admettre un stylet et qui laissent couler à la pression une matière jaunâtre bilieuse. Il est donc évident que la tumeur a contracté des adhérences intimes avec le foie, si même elle ne s'y est pas développée primitivement. La branche droite de la veine-porte passe sur elle, et le tissu propre de l'organe est tellement uni avec le tissu fibreux de la poche, qu'il est impossible de l'en détacher. Du reste, le bord épais du foie ne touche la tumeur que dans une étendue de 4 centimètres, par les autres points de sa périphérie. Elle est fixée au tissu celluleux extra-péritonéal qui double la gouttière costo-vertébrale; elle est située derrière la vésicule, très-près de l'hiatus de Winslow.

Immédiatement au-dessus de cette tumeur s'en présente une seconde, sans la

moindre communication avec elle ni avec le foie. Elle a le volume du poing, est arrondie et refoule le diaphragme dans la cavité pectorale. Elle occupe, comme la précédente, la gouttière vertébrale, s'avance le long du corps des vertèbres et du feuillet droit du médiastin postérieur. Le diaphragme épaissi, fibreux, blanchâtre, ne conservant plus qu'un petit nombre de fibres musculaires qui ont été, en grande partie, atrophiées, coiffe l'hémisphère supérieur de la tumeur à laquelle il adhère intimement en ce point. Sur la partie supérieure et saillante du kyste, le diaphragme est usé, et une perforation de 1 centimètre fait communiquer librement la poche avec la cavité droite de la poitrine. Dans l'ouverture est engagée une membrane gélatineuse, transparente, en partie déchirée, qui a appartenu à une vésicule de très-grande dimension. Dans l'intérieur du sac fibreux, s'en trouve un très-grand nombre de volumes divers, ayant appartenu à des vésicules qui ont perdu leur liquide et se sont rompues et altérées. Ni le liquide opalin et trouble, ni les débris d'hydatides, contenus dans la poche, ne sont colorés par la matière jaune de la bile ; et l'examen microscopique prouve, d'une façon décisive, que le kyste hydatique est développé en dehors du foie et n'a avec lui aucune communication. Ces matières liquides ne renferment aucune trace de cholestérine, ni de matière colorante.

Le tissu du foie a sa consistance naturelle. La partie rouge commence à disparaître et la partie jaune à prédominer. Il contient peu de sang, et graisse fortement le scalpel et le papier. La veine-porte hépatique a ses dimensions naturelles ; la veine-cave est un peu distendue par le sang en raison de la compression légère exercée sur elle par la première tumeur. Il en est de même de la veine rénale droite. La vésicule du fiel est un peu distendue par la bile. Celle-ci s'écoule librement par le conduit cystique.

Poitrine. La cavité droite de la plèvre est distendue par 4 litres d'un pus blanc, inodore, visqueux, tenant en suspension des fragments de pseudo-membranes fibrineuses et un grand nombre de vésicules hydatiques, gélatineuses, transparentes. Le poumon est appliqué contre le médiastin et la face supérieure du diaphragme, à l'état d'une lame mince constituée par le poumon sain, mais atrophié et couvert de fausses membranes qui tapissent toute la cavité de la plèvre fortement enflammée. L'ouverture de la poche hydatique est obstruée imparfaitement par de fausses membranes molles et blanchâtres et par les détritus des vésicules qui remplissent toute la cavité. Un grand nombre de ces vésicules nagent dans le liquide purulent de la plèvre.

Le poumon gauche est exempt de toute altération, ainsi que le cœur et les gros vaisseaux.

Les deux reins sont fortement congestionnés. La rate a son volume naturel. L'intestin est le siége d'une vive inflammation en plusieurs points.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, son affection remontait à trois semaines : la percussion plessimétrique du foie me permit de reconnaître un développement tel de cet organe, que la présence d'une acéphalocyste me parut seule pouvoir l'expliquer. Je n'hésitai pas un seul instant à diagnostiquer une hydatide du foie, en raison même des symptômes qui ont été minutieusement décrits. Cependant, il devait exister quelqu'autre lésion, et l'idée d'une pleurésie concomitante était celle qui s'offrait naturellement à l'esprit. Le frottement pleural, l'agrandissement des espaces intercostaux et l'étendue de la matité, dont les propor-

tions dépassaient celles que pouvait produire le kyste hépatique, ne laissaient aucun doute sur la pleurésie. Celle-ci devait remonter à trois semaines, c'est-à-dire à l'époque où des phénomènes pectoraux assez intenses et le trouble de la santé s'étaient manifestés pour la première fois. Ainsi, le kyste, après s'être développé pendant un temps qu'il est impossible de déterminer, s'avançait vers la poitrine, et y avait fait naître une phlegmasie.

A cette seconde phase du mal en succéda une troisième terrible : le kyste qui s'était enflammé se rompit en un point, et laissa passer dans la plèvre le liquide qu'il renfermait. Aussitôt, il se déclara une pleurésie dont la violence et la rapide explosion ne peuvent être comparées qu'à la péritonite par perforation intestinale. Du soir au lendemain, en douze heures environ, tout le côté droit du thorax fut distendu par une énorme quantité de liquide, et la dyspnée fut portée à un tel point que l'asphyxie était imminente. On ne pouvait donc pas hésiter, et je me décidai à pratiquer la thoracentèse.

J'avais trop bien suivi les phases de la maladie pour ne pas croire que, outre le liquide propre à la pleurésie, je rencontrerais les produits du kyste rompu ; le premier seul pourrait être évacué par la canule du trocart. Cependant, comme en définitive cette ponction pouvait me servir à reconnaître la nature du liquide et peut-être suffire à son évacuation, je me décidai à opérer suivant le procédé ordinaire, avec la canule munie d'une peau de baudruche. Je ne retirai que quatre verres de pus, dans lequel nageaient les vésicules hydatiques. J'étais presque décidé à faire ouvrir largement la poitrine, lorsque je remis l'opération au lendemain ; mais, à cette époque, le soulagement avait été si grand, et le malade se trouvait si bien que j'attendis encore. Pendant quinze jours environ, l'amélioration resta fort sensible; mais, passé ce temps, la poitrine se remplit de nouveau, et la fièvre devint intense, accompagnée de sueurs, de diarrhée, d'amaigrissement. Il était évident pour moi que la présence de l'empyème était la seule cause de tous ces accidents; j'avais pris toutes mes dispositions pour faire ouvrir largement la poitrine et y pratiquer des injections détersives, lorsqu'un phlegmon diffus se déclara dans la fesse et la cuisse gauches et enleva le malade. J'eus regret de ne pas m'être décidé plutôt. Cependant, en présence de la lésion trouvée sur le cadavre, on peut se demander si le kyste se serait vidé et oblitéré ensuite, sans autre accident. Quoi qu'il en soit, l'indication thérapeutique était positive ; il restait à choisir le moment de la remplir, et l'apparition d'une maladie rapidement mortelle m'a mis hors d'état de mettre mon dessein à exécution. Le premier kyste é ait le siége d'une altération spontanée qui avait détruit les vésicules contenuse. Il n'offrait plus aucun inconvénient pour l'organisme. Il en aurait été probablement de même du second ; la communication anormale lui aurait permis de se débarrasser des matières contenues dans sa cavité. On voit, dans les faits rapportés par M. Bricheteau, des exemples de guérisons obtenues après des péripéties très-diverses, et qui ont mis plusieurs fois les malades en danger de périr.

Il reste à chercher le siége véritable de la tumeur et à déterminer sa nature. Il est inutile d'insister sur un point qui a été suffisamment élucidé. Le kyste ouvert dans la poitrine n'avait aucune connexion avec le foie. Il s'était formé au-dessous du diaphragme, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, près du ligament triangulaire gauche du foie. Le kyste inférieur avait contracté une adhérence intime et très-évidente avec l'organe sécréteur de la bile. On voyait ce liquide sourdre dans plusieurs points et colorer le kyste et le détritus qui y était contenu. Cependant, on doit se demander si le kyste qui s'était développé entre le ligament triangulaire gauche et le droit, au niveau du bord épais et adhérent du foie, avait d'abord son siége dans cet organe, et s'il ne l'a pas envahi par suite de son accroissement ultérieur. Je suis porté à croire que tel a été son siége primitif, aussi bien que pour le premier kyste. J'en trouve la preuve dans l'adhérence très-limitée qui existait entre le foie et la tumeur, et surtout dans l'absence complète de tout symptôme annonçant le trouble des fonctions propres à la glande hépatique. Jamais, soit avant soit après l'entrée du malade, il ne s'est manifesté de douleur hépatique; jamais la moindre exacerbation fébrile quotidienne ; jamais de vomissement, ni de trouble notable de la digestion. Ces symptômes indiquent très-sûrement l'existence d'une maladie du foie et spécialement de sa congestion. Cependant, plusieurs épistaxis ont eu lieu ; quelques mois avant l'entrée du malade, il avait été pris d'un purpura très-intense; or, ces hémorragies sont pour moi un signe d'affection hépatique ; le doute est donc tout au moins permis sur le siége réel du second kyste.

Il reste à déterminer la nature de la production morbide trouvée dans le foie. Etait-ce une acéphalocyste contenant des échinocoques ou un kyste à vésicules, identique à celui que Laënnec, Owen, Lallemand et d'autres considèrent comme une acéphalocyste? L'examen microscopique pouvait conduire à résoudre facilement cette question.

J'ai étudié, le jour même où a été pratiquée la thoracentèse, les vésicules transparentes qui étaient sorties intactes par la canule. Elles étaient arrondies, de la grosseur d'un pois ou d'un grain de chénevis, et constituées par une membrane transparente, gélatineuse et pleine d'un liquide limpide. Sur sa surface interne, inégale et chagrinée, étaient incrustées un très-grand nombre de petites cellules sphériques, presque de même volume, difficiles à écraser, serrées les unes contre les autres ; en étudiant ces dernières avec un grossissement de 500 diamètres, on en trouve beaucoup qui sont très-pâles, mais couvertes de granulations et sans noyau à l'intérieur ; d'autres plus sombres et également chargées de granulations. Les cellules sont toutes elliptiques ou ovalaires; les granulations qui les couvrent ou qui y sont contenues ont une forme ronde et une dimension très-petite ; elles se touchent, mais sont fort distinctes, et elles laissent apercevoir, dans l'intérieur de la cellule, un noyau excentrique, plus opaque et très-distinct. Autour de ces cellules, dans le liquide, nagent des granulations très-pellucides, de dimensions très-diverses, nullement semblables à celle de la graisse, et paraissant

être des cellules naissantes, détachées de la cellule même et en voie de croissance. Je n'ai pu découvrir, ni dans les cellules, ni dans le kyste principal, le moindre débris d'échinocoque, pas un seul crochet. Aussi je ne conserve pas le moindre doute sur la nature de la production, qui est une acéphalocyste hydatifère étrangère à la formation d'échinocoques. On a été jusqu'à prétendre, dans ces derniers temps, que ces animaux se rencontraient toujours dans les acéphalocystes de l'espèce de celle que je viens de décrire. Je puis affirmer qu'il n'en existait pas trace dans le kyste dont il s'agit. On pouvait y suivre avec une extrême facilité, la formation de ces singulières vésicules qui s'emboîtent les unes dans les autres, la plus ancienne se rompant pour laisser sortir les plus jeunes et ainsi successivement. Ce n'est pas ici le lieu de rechercher si les kystes sont des animaux : il me suffit d'avoir établi que celui dont j'ai rapporté l'histoire doit être rapporté au genre acéphalocyste.

De l'emploi thérapeutique du fer à repasser ; *par* **M. Max Langenbeck** (1).

L'emploi du fer à repasser n'est malheureusement presque pas recommandé en médecine, comme il en est d'ailleurs de presque tous les moyens qui ne viennent pas directement de l'officine du pharmacien, et qui par conséquent sont peu estimés d'un très-grand nombre de médecins et de malades. Dès les temps les plus reculés, le frictionnement de tout le corps, *frictio*, et le massage, *malaxatio*, étaient appréciés comme des moyens précieux non-seulement dans beaucoup de maladies, mais aussi comme particulièrement utiles dans un but hygiénique. En Chine et dans l'Inde on les connaissait depuis un temps immémorial, et à Rome il semble, comme cela se voit de nos jours en Turqui et en Egypte, qu'on les mettait en usage comme de puissants auxiliaires des bains. On trouve aussi dans les écrits d'Hippocrate, d'Asclépiade et de Celse, qu'il est fait mention du frictionnement du corps comme d'un moyen hygiénique et curatif. L'action du fer à repasser sur une partie du corps recouverte d'un tissu laineux, jointe aux diverses manipulations qu'exigent le frictionnement et le massage, déterminant en outre un certain développement de chaleur artificielle, je considère alors cette opération comme jouissant dans certaines maladies d'une bien plus grande efficacité. Le frottement avec les branches de bouleau et les coups portés à plat sur la peau, comme on le pratique dans les bains de vapeur russes, n'ont pas ordinairement le même effet satisfaisant, parce que ces derniers ne peuvent être supportés par ceux qui n'en ont pas l'habitude, et que la grande chaleur qui est répandue parmi tout le corps devient intolérable, surtout quand elle

---

(1) *Clinische Beitrage...*, Göttingen, 1850 ; — traduit dans les *Archives belges de médecine militaire*, septembre 1852.

donne lieu à une congestion vers la tête. Le marteau porté à une température élevée ne peut pas non plus être comparé à l'action du fer à repasser, car le premier ne produit qu'une irritation locale de la peau, comme le moxa et les rubéfiants. Mais dans l'emploi du fer à repasser à une température élevée, nous pouvons régler à volonté l'action de la chaleur, en élevant ou en abaissant celle de la chambre, en couvrant convenablement le corps du patient ou au moyen de certaines manipulations; en élevant ou en abaissant le degré de chaleur du fer, en le passant légèrement ou fortement sur une surface plus ou moins étendue, nous pouvons en modifier l'action locale. Après avoir terminé le *repassage* du corps, dont la durée dépend de certaines circonstances, les malades doivent être enveloppés encore pendant un certain temps dans des couvertures de laine.

Depuis environ un an je fais usage de ce moyen, parce qu'il est d'une application très-simple, et son action est extrêmement salutaire. J'y ai fréquemment recours dans les maladies suivantes :

a. Les inflammations qui ne sont pas accompagnées de fièvre et qui ont une tendance à se terminer par suppuration, principalement quand ces phlogoses se rencontrent dans les parties profondes, sous les tissus fibreux et les aponévroses. La marche de cet état pathologique est, par le fer à repasser, plus que doublement accélérée, surtout si on le fait alterner avec l'emploi des douches d'eau chaude. Cette pratique est spécialement à recommander quand la formation du pus a lieu dans un point voisin d'une cavité qui renferme un organe important : tels sont, par exemple, les foyers purulents qui se trouvent à la partie inférieure du cou, au-dessus et derrière la clavicule, et qui menacent de s'ouvrir dans la plèvre. Dans ces cas, depuis que quelques faits sont venus à ma connaissance, où malgré les fomentations chaudes et émollientes, la collection purulente a suivi cette voie et a déterminé la mort; dans ces cas, dis-je, j'emploie le fer à repasser (renouvelé toutes les 2 ou 3 heures) avec les meilleurs résultats, c'est-à-dire que de cette manière je favorise le développement de la collection purulente en l'attirant à l'extérieur. Dans les affections inflammatoires des tissus fibreux, entre autres dans la coxalgie, aussi longtemps que l'articulation elle-même n'a pas encore subi de déplacement par suite du travail inflammatoire, ce moyen uni aux émissions sanguines modérées a plus d'utilité que tous les irritants de la peau.

b. L'érysipèle qui ne tend pas à se fixer sur un point du tissu cutané ou qui a une tendance à disparaître brusquement, alors que des symptômes fâcheux annoncent cette disposition. Dans ce cas, le fer à repasser conduit doucement pendant une heure entière sur la peau, et porté à une température pas trop élevée, surpasse tous les autres moyens. Il faut l'appliquer exactement sur l'endroit d'où l'érysipèle a disparu, ou lorsqu'on craint la disparition trop brusque de celui-ci : ainsi, sur la tête, dans l'érysipèle du cuir chevelu. Toutefois, il est utile que l'action du fer à repasser soit étendue à tout le corps, à l'abdomen et à la ré-

gion du foie en particulier, tout en prescrivant le traitement convenable quand il s'agit de l'érysipèle qui présente un caractère gastrique et inflammatoire, bilieux et même putride.

c. Scarlatine. Chez un garçon de 17 ans, chez lequel la rougeur scarlatineuse ne se montrait qu'à certaines places et sous forme de stries et où elle avait une couleur pâle, l'emploi du fer, appliqué fortement pendant une heure sur toute la surface du corps, fit sortir complétement l'exanthême. Quelques heures plus tard, il offrait une couleur rouge prononcée, tous les symptômes présentant de la gravité avaient subitement disparu; la maladie parcourut ensuite régulièrement son cours.

J'ai encore obtenu plus d'avantage quand il fallait fixer ou rappeler un exanthême qui avait disparu, en combinant le fer à repasser avec les bains de moutarde : j'ai eu l'occasion de traiter de cette manière, il y a peu de temps, des enfants dont l'état présentait beaucoup de danger. Chez l'un d'eux, on observait déjà le froid et la décoloration de tout le corps, les yeux étaient fortement tournés en dedans et la tête avait de la tendance à se renverser en arrière, ce qui donnait beaucoup de gravité au pronostic : un fort bain de moutarde (1 livre pour un bain), suivi de l'emploi du fer à repasser, amena instantanément la turgescence de la peau, et l'exanthême lui-même ne tarda pas à paraître; ce dernier fut entretenu par des bains plusieurs fois répétés, et la maladie se termina heureusement. Il est toutefois, quand on a recours à ces bains, une précaution qu'il ne faut pas négliger pour préserver la tête de l'action de la vapeur qui s'en dégage; c'est de couvrir la baignoire avec un drap qu'on attachera autour du cou du malade. L'emploi du fer à repasser, quand on y a recours immédiatement après ces bains, est extrêmement efficace, et la transpiration qui en est la suite est fort abondante. Dans les cas graves de scarlatine, après l'usage de ce moyen, on ne saurait trop recommander les frictions avec du lard d'après la méthode de Schneemann ; ces frictions, dans tous les cas que j'ai eu l'occasion de voir jusqu'à présent, ainsi que dans ceux qu'a observés le docteur Eberts à la Charité de Berlin (1), nous ont paru jouir réellement du précieux avantage que leur a reconnu l'auteur.

Dans toutes les affections aiguës de la peau, elle produisent une action bienfaisante : je les emploie principalement dans l'érysipèle où en amenant la diminution de la tension de la peau, elles procurent en outre au malade un sentiment de bien-être instantané. Ces frictions, pour lesquelles d'ailleurs on peut aussi se servir de beurre dessalé ou d'huile non rance, agissent particulièrement en mettant la peau à l'abri de l'influence de l'atmosphère. Je crois devoir faire observer que lorsqu'il existe une certaine propension aux refroidissements de la gorge, du larynx, etc., le meilleur préservatif qu'on puisse employer contre l'angine, le catarrhe bronchique, le rhumatisme, consiste dans les fric-

---

(1) *Deutsche klinik*, n° 1.

tions avec un corps gras des parties qu'on veut mettre à l'abri de l'influence de l'air ambiant.

d. Rhumatisme. Dans toutes les affections de cette nature, à commencer par l'odontalgie simple rhumatismale jusqu'au rhumatisme articulaire aigu, l'usage du fer à repasser est un moyen très-recommandable. Il détermine à l'instant la diminution de la douleur, et souvent, après l'emploi plusieurs fois répété du fer chaud, j'ai vu disparaître des rhumatismes invétérés, et ceux qui étaient encore à l'état aigu être promptement jugés par des phénomènes critiques que présentaient la peau et les urines.

Il est d'ailleurs rationnel de prescrire, dans les cas rebelles, quelque temps avant l'emploi du fer à repasser, une préparation diaphorétique, et de tenir pendant quelques heures le malade soigneusement enveloppé dans une couverture de laine. Outre l'endroit où se montrent les douleurs rhumatismales, il faut, si le mal est ancien ou considérable, promener le fer sur tout le corps et principalement aux mollets et à la plante des pieds. Chez un jeune homme, chez lequel à la suite d'un grand refroidissement les muscles d'un côté du cou étaient tellement contractés que la joue était appliquée fortement sur l'épaule, ce qui déterminait les douleurs les plus intenses, l'emploi énergique du fer à repasser sur la nuque, ramena en moins d'une heure, en produisant une très-abondante sueur, la tête à sa situation normale.

e. Catarrhe des voies aériennes et aphonie chronique. Je n'ai eu recours au moyen dont il est ici question que dans les cas très-anciens. Une femme qui, durant trois mois de l'hiver rigoureux de l'année dernière, malgré un traitement suivi avec persistance, n'avait pu émettre un seul son, récupéra toute la plénitude de sa voix par l'emploi, répété pendant huit jours, du fer à repasser promené sur le cou et sur la poitrine.

C'est aussi de la même manière et avec autant d'efficacité qu'il agit dans les catarrhes chroniques accompagnés d'un râle muqueux très-étendu.

f. Dérangements de la menstruation. Dans ces cas le fer servira d'adjuvant et sera promené, aussi chaud que possible, depuis la partie interne et supérieure des cuisses jusqu'aux genoux, et de préférence pendant que les malades prennent un bain de pied à la moutarde.

g. Dans les exsudations ou les tuméfactions des gaînes tendineuses et des ligaments articulaires, dues au rhumatisme ou à la goutte, ou qui sont la suite d'une cause traumatique, comme un fort tiraillement ou une grande distorsion, le fer à repasser sera utile. Il ne le sera pas moins dans le gonflement des extrémités inférieures chez les convalescents.

h. Dans l'activité anormale des fibres musculaires, qu'elle s'annonce soit comme une *contraction* exagérée, déterminée par une crampe ou la rigidité organique, soit comme un *relâchement musculaire* pouvant aller jusqu'à la *paralysie ;* ce moyen n'agit pas seulement comme moyen dépressif, ou comme agent d'excitation sur les nerfs qui président aux

mouvements des muscles, mais il porte aussi son action directement sur les fibres musculaires et tendineuses à l'état rigide, et cela avec d'autant plus d'intensité qu'elles sont situées plus superficiellement. Il arrive fréquemment, en conséquence, que la rigidité des articulations qui dépend d'une contraction exagérée des muscles, peut, sans avoir recours aux sections tendineuses, et par une extension méthodique, disparaître sous l'action du fer à repasser.

Une semblable perversion de l'activité des différents muscles du rachis étant, comme on le sait suffisamment, une cause qui favorise les difformités du thorax, j'ai recours, dans tous ces cas sans exception, au fer à repasser. Il est aussi très-rationnel, pendant qu'on emploie le fer à repasser sur le rachis, de faire exécuter au malade les mouvements que le docteur Cost a dernièrement recommandés et qu'il a nommés callisthéniques (1). C'est ainsi que le malade ayant les bras étendus et dirigés en arrière, saisit avec les deux mains les extrémités d'un bandage élastique que tantôt il applique sur le dos en l'élevant, qu'ensuite il laisse retomber.

Comme conclusion, je crois devoir faire encore remarquer que, bien que l'emploi du fer à repasser soit un moyen précieux dans les cas où il est indiqué, je suis bien éloigné d'en faire un remède universel, comme on ne l'a fait que trop souvent pour beaucoup d'autres moyens, comme il semble en être aujourd'hui de la glace, qui réellement, dans toutes les maladies franchement inflammatoires et les lésions traumatiques récentes, peut être considérée comme une vraie panacée.

CHIRURGIE.

Des déformations de la pupille, de leurs diverses causes et de leur valeur symptomatique, par **E. Foucher**, *ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté de médecine, vice-secrétaire de la Société anatomique.* (*Fin.*)

§ II. — *Déformations inflammatoires consécutives par productions nouvelles.*

Je ne suis pas riche en observations se rapportant à ce groupe. Cependant, ce genre de déformation n'est pas rare, et on a voulu en faire un des caractères distinctifs de l'iritis syphilitique. Je n'en rapporterai ici que trois observations, et encore, dans ces trois cas, la déformation a été mixte dans son mécanisme, puisqu'elle était due en partie aux produits nouveaux, et en partie à la congestion inflammatoire de l'iris lui-même. Je ferais assez volontiers de ces cas d'iritis une forme à la fois éruptive et phlegmasique, comme l'a indiqué, du reste, M. Tavignot.

---

(1) *London med. Gazette*, décembre 1849.

Iritis syphilitique. — Végétations. — Guérison.

Obs. I.— Ortener, (Caroline), 30 ans, domestique, entrée le 7 mai 1850, au n° 22 de la salle des femmes (Hôpital de la Clinique).

Cette fille, d'une constitution très-chétive, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau pâle, les chairs flasques, dit cependant se porter habituellement très-bien. Elle habite un lieu sec et n'a jamais eu de rhumatisme, pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Elle affirme aussi n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne.

Œil droit sain.

Œil gauche malade depuis un mois. La malade qui ne sait à quelle cause rapporter son affection, raconte qu'elle a beaucoup souffert ; les douleurs circum-orbitaires étaient très-vives, surtout pendant la nuit ; les douleurs intra-orbitaires qu'elle compare à des coups d'aiguille, l'empêchaient de dormir. Elle n'a fait aucun traitement, si ce n'est des lotions avec de l'eau de laitue.

Aujourd'hui, l'œil droit est toujours sain, la pupille large, nette, régulière, l'iris d'un bleu grisâtre, la cornée bien transparente, l'œil tout entier limpide. A gauche, la paupière supérieure est légèrement rouge et tuméfiée, la conjonctive injectée en réseau, mais d'une façon peu intense ; cette injection est d'un rouge violacé; cornée nette et transparente, cercle radié tout autour de la cornée sans cercle grisâtre. Surface antérieure de l'iris légèrement injectée, tomenteuse, ayant une coloration d'un rouge vineux sur un fond gris bleuâtre ; pupille rétrécie, immobile, irrégulière, à grand diamètre dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, mais presque transversalement ; la partie inférieure de la pupille étant très-irrégulière, le limbe supérieur régulier. Très-peu de photophobie et de larmoiement. Les objets paraissent couverts d'un nuage. Les douleurs circum-orbitaires et intra-orbitaires très-vives, hier et cette nuit, sont calmées aujourd'hui ; pas de vision de lumière.

La teinte de cet iris est d'un rouge vineux ; ce qu'il y a de remarquable, c'est l'absence du cercle gris coïncidant avec l'absence de kératite. Près du point irrégulier de la pupille, là où la coloration rouge-vineux est surtout prononcée, il y a trois petits points blancs, analogues à des grains de semoule, disposés en trépied, et évidemment dus à la présence de la lymphe plastique épanchée en ces points.

14 *mai.* — On a donné chaque jour trois décigrammes de calomel en trois paquets. Les gencives sont rouges, sans salivation, mais il y a eu un effet purgatif. La conjonctive reste encore un peu injectée ; la cornée est nette ; l'iris de coloration et d'aspect normal dans sa moitié supérieure ; la moitié inférieure est encore entourée du cercle radié. L'iris a conservé une teinte violacée en bas et en dehors, surtout vers le bord pupillaire. La pupille est irrégulière, immobile ; on voit sur le bord pupillaire en bas et un peu en dehors, trois petits flocons irréguliers, sortes de végétations qui s'avancent vers la pupille et ont une teinte violacée ; c'est à leur présence que la pupille doit son irrégularité.

20 *mai.* — La malade va beaucoup mieux ; tout symptôme subjectif a disparu, seulement la vision reste encore un peu moins nette que du côté opposé. La conjonctive est saine, le cercle radié a disparu. La chambre antérieure est très-nette. L'iris a repris sa coloration normale gris bleu vers la partie supérieure ; il conserve encore une teinte gris sale à la partie inférieure ; la pupille est rétrécie et immobile, ayant un grand diamètre de haut en bas et de dehors en dedans ; sa partie supérieure est nette ; à sa partie inférieure, les trois végétations frangées, dont j'ai parlé, s'avancent assez loin vers le centre de la pupille et ont pris une coloration jaunâtre sans vaisseaux.

Sortie.

La malade rentre à l'hôpital le 15 juin. On découvre alors des papules muqueuses sur la grande lèvre droite, et on prescrit deux pilules de proto-iodure par jour. Du reste, les végétations placées en bas, et en dehors sur le bord pupillaire de l'iris ont beaucoup diminué et ont pris un aspect grisâtre. La pupille est toujours déformée ; elle est tirée en bas et en dehors, et semble avoir une adhérence en ce point. La malade sort le 30 juin. L'iris est net et semblable à celui du côté opposé. La pupille est redevenue mobile. Les trois végétations ont presque complétement disparu; seulement la pupille reste déformée de la façon suivante : trois petites pointes situées en bas et en dehors empiètent sur elle et la déforment.

La vue est excellente des deux yeux.

Iritis syphilitique. — Pupille irrégulière, frangée. — Guérison.

Obs. II. — Au n° 15 de la salle Saint-Bruno est couchée la nommée Bonet, âgée de 58 ans, entrée le 3 avril, pour un ulcère qui siége sur l'amygdale droite. Cette femme est veuve. Elle a eu onze enfants et en a perdu dix dans la même journée à l'époque du choléra. Depuis cette époque, elle a toujours vécu dans la gêne et dans la misère.

Examinée avec soin au moment de son entrée, elle présente aux parties externes de la génération, de nombreuses cicatrices dont elle fait remonter l'origine à quelques années seulement, et qu'elle attribue à une dartre vive qui s'était déclarée dans cette région à son âge critique ; elle nie avoir jamais eu la vérole.

Quoi qu'il en soit, ces cicatrices ont l'aspect de celles qui succèdent aux plaques muqueuses ; l'ulcère de l'amygdale droite est taillé à pic, à fond grisâtre, et date de la même époque que les boutons des grandes lèvres. Cette femme accuse en outre des douleurs de tête nocturnes assez vives pour l'empêcher de dormir.

Elle est soumise à un traitement mercuriel, et pendant tout le courant du mois d'avril, elle reste à peu près dans le même état. Mais au commencement du mois de mai, et sans cause occasionnelle connue, elle commence à ressentir des douleurs assez vives dans l'œil droit. Elle ne sait à quoi attribuer ces douleurs, et ne s'est point exposée au froid.

Le 4 mai, l'œil paraît plus volumineux et plus saillant que l'autre; mais on n'aperçoit encore aucun signe manifeste d'inflammation. Le lendemain, 6 mai, la conjonctive présente une injection considérable qui persiste seule pendant quelques jours.

Le 10, on prescrit un collyre au sulfate de zinc, 10 sangsues à la tempe droite; on suspend le traitement mercuriel.

Le 11 mai, l'état de la malade est encore plus grave ; la cornée est plus saillante dans sa moitié supérieure; vascularité toujours très-grande de la conjonctive ; cercle radié sclérotical très-marqué, ainsi que le cercle gris arthritique ; enfin contraction de la pupille qui a perdu un peu de sa régularité habituelle, sans que sa déformation soit cependant encore très-marqués.—15 *sangsues sur la tempe droite. Pédiluves, lavement purgatif.*

Le 13 *mai*, outre les signes que nous venons d'exposer, il existe à la circonférence interne de l'iris, dans sa moitié inférieure, une petite saillie triangulaire dont le sommet est libre dans la cavité pupillaire. La déformation de la pupille consiste dans une sorte d'aplatissement du cercle pupillaire de dehors en dedans. — *Frictions avec l'onguent mercuriel belladoné.*

Le 15 *mai*, sous l'influence des frictions avec la pommade indiquée, la pupille a acquis une dilatation considérable, qui rend plus évidente la déformation dont la disposition a changé à mesure que la maladie a fait des progrès. Ainsi, le grand

diamètre qui primitivement était vertical, l'ouverture pupillaire étant elliptique, est maintenant oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Le 17 mai, persistance des mêmes symptômes ; on prescrit 15 *sangues sur la tempe; vésicatoire au-dessus du sourcil.*

L'état de la malade persiste sans changement bien notable jusqu'au 19. A ce moment, l'intérieur de l'œil, vu à travers la pupille, présente au lieu de la couleur noire normale, une teinte grisâtre, bien sensible, analogue à celle que détermine, chez certains animaux, la présence du tapis. Cette teinte grise persista jusqu'au 24.

Le 23, nouveau vésicatoire.

Depuis le début de la maladie, le globe de l'œil était le siége de douleurs vives continuelles, plus intenses pendant la nuit que pendant le jour, et qui empêchaient la malade de dormir.

Aujourd'hui, les douleurs ont diminué d'intensité. L'injection de la conjonctive est moins considérable. La déformation de la pupille est moins marquée, et l'ouverture pupillaire présente à peu près les dimensions de celle du côté sain. Cependant, elle est encore plus étendue verticalement que transversalement.

Le 26, disparition de tous les signes observés, il ne reste plus qu'un peu de déformation de la pupille.

Iritis syphilitique. — Pupille frangée, irrégulière — Guérison.

Obs. III. — Le nommé Granneau, âgé de 23 ans, sculpteur, entré le 14 décembre, est couché au n° 39 de la salle Sainte-Vierge.

Ce jeune homme dit avoir été atteint, à plusieurs reprises, de maladies vénériennes (chancres, bubons) contre lesquels il n'a jamais fait un traitement complet.

Il y a environ trois mois qu'il fut pris de nouveau de chancres à la verge dont il ne fut guéri qu'un mois après ; mais leur disparition fut suivie plus tard d'un mal de gorge, et bientôt des ulcérations de nature syphilitique se montrèrent dans l'arrière-bouche. Il dit avoir pris la liqueur de Vanswiéten, et s'être gargarisé avec un mélange d'eau, de miel et d'alun. Il soutient qu'il y a trois semaines environ, il ne conservait plus aucun symptôme de la maladie vénérienne. Quoi qu'il en soit de ces antécédents, Granneau dit qu'il n'avait jamais eu mal aux yeux ; lorsque, il y a douze jours, il s'aperçut, en travaillant, d'un espèce de picotement dans l'œil gauche et bientôt d'un trouble dans les fonctions de cet organe. Les jours suivants, l'œil devint de plus en plus rouge, et la vision s'affaiblit progressivement. Le 10 de ce mois, il alla consulter un médecin qui ordonna :

1° *Un collyre avec l'eau de rose et du laudanum de Sydenham*; *frictions sur la tempe avec la pommade belladonée* ; 2° 12 *sangsues sur la tempe.* Trois jours après, la maladie n'avait pas diminué, et Granneau vint réclamer des soins à la Charité.

Voici l'état où nous trouvâmes son œil à la visite du 14 :

La conjonctive oculaire est rouge, mais légèrement injectée ; il est facile de voir que les vaisseaux dilatés sont situés plus profondement. Autour de la cornée, on voit distinctement l'anneau rayonné de la sclérotique mentionné par les auteurs. Quelques vaisseaux du plan artériel profond s'avancent dans la cornée et semblent donner à cette membrane un aspect rougeâtre. L'iris offre une coloration plus foncée que celle du côté sain ; c'est presque la couleur rouge cuivré notée par les auteurs. En l'examinant avec soin, on aperçoit assez distinctement sur la face antérieure, des villosités qui semblent dépendre de la dilatation des vaisseaux qui rampent sur cette surface. La pupille est déformée. Sur le bord libre de l'iris, on aperçoit de petits prolongements, des espèces de franges qui donnent à la pupill

la forme d'une feuille de trèfle. On voit aussi, derrière l'ouverture pupillaire, des espèces de nébulosités. D'ailleurs, le malade souffre peu, mais il ne voit qu'à travers des nuages ; la grande lumière le fatigue.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade a été saigné et mis à l'usage du calomel à l'intérieur.

Le lendemain, deux vésicatoires lui ont été appliqués sur le front. Aujourd'hui, 16 décembre, la phlegmasie semble avoir perdu de son intensité.

La première observation me paraît excessivement remarquable au point de vue qui m'occupe ici. On y voit, en effet, la pupille être le siége de deux déformations dont le mécanisme n'est pas le même. L'une variable : c'est ainsi que sous ce rapport le grand diamètre de l'ouverture pupillaire a été successivement transversal, puis oblique de haut en bas et de dehors en dedans, pour devenir plus tard régulier. L'autre fixe, pouvant varier seulement en ce sens qu'elle est plus ou moins considérable, mais conservant sa forme et due évidemment à la présence des végétations que j'ai signalées et qui méritent, en effet, de fixer l'attention, puisqu'on les a données, avec la déformation, comme signe d'iritis syphilitique. Il est vrai de dire, toutefois, que c'est dans l'iritis syphilitique qu'on les rencontre le plus souvent. Mes trois observations sont concluantes sous ce rapport.

Cependant, une malade actuellement couchée au n° 4 de la salle Sainte-Catherine (Charité), présente une iritis avec ce genre de tumeurs sans qu'il soit permis de supposer chez elle une cause syphilitique.

Celles dont fut atteinte la malade de la première observation, n'ont pas acquis un volume considérable, et ont présenté, comme toujours, la coloration rouge-vineux. Il n'est pas rare, cependant, de voir ces végétations, si on ne s'empresse de les traiter, devenir volumineuses au point de remplir toute la chambre antérieure et soulever la sclérotique et la cornée.

Dans la deuxième observation, je signalerai les deux mêmes genres de déformations. C'est qu'il doit naturellement en être ainsi, puisque, comme dans les iritis du premier groupe, il y a inflammation, et que de plus, dans ceux-ci il y a des produits de cette inflammation. Ici la pupille, après avoir eu un grand diamètre vertical, est devenue oblique de haut en bas et de dehors en dedans, puis a repris sa forme normale mais, à la partie inférieure, il y avait une végétation qui produisait une autre irrégularité de la pupille. Ce qui est patent ici, comme dans le cas précédent, c'est la persistance de la déformation due à la présence du produit plastique : la première déformation disparaissant avec la phlegmasie, la deuxième persiste avec le produit inflammatoire.

Enfin, la troisième observation vient à l'appui des ces mêmes réflexions. Les produits nouveaux que je viens de signaler ne sont pas toujours de nature plastique ; l'inflammation, là comme partout, produit du pus ; mais faut-il comparer, comme on l'a fait, ces sortes de tumeurs formées sur l'iris, aux éruptions syphilitiques cutanées, leur faire suivre

la même marche, le même mode de développement ; dire que les produits plastiques, les végétations se rencontreront chez les individus atteints de syphilides à forme papuleuse ; que les produits purulents, les abcès se produisent chez les individus atteints de syphilide à forme suppurative. Je crois que c'est de l'exagération. Dire que l'iris avec sa membrane de Descemet représente la peau avec son épiderme, c'est faire bon marché de toutes les données histologiques. Toute iritis, quelle que soit sa cause, peut d'ailleurs, on le comprend, amener les mêmes productions.

§ III. — *Déformations par pseudo-membranes, par adhérences.*

Je suis beaucoup plus riche en observations se rapportant à ce groupe que pour la catégorie précédente, et cela n'a rien qui doive étonner; car, tandis que l'espèce précédente ne s'observe que dans certaines iritis qu'il faut avoir sous les yeux dans leur état aigu, celle-ci est la terminaison d'une foule de phlegmasies de l'iris ; elle est la suite d'un grand nombre d'opérations de cataracte, et persiste comme un des caractères de l'iritis chronique.

Dans les observations que je rapporterai ici, je ne signalerai à dessein que les détails qui sont relatifs à la production des pseudo-membranes ou des adhérences.

Cataracte double. — Abaissement. — Iritis à droite. — Pseudo-membrane. — Déformation de la pupille.

Obs. I. — Bellot, (François), 68 ans, peintre, entre le 13 mai au n° 14 de la salle Sainte-Vierge. Cet homme, d'une constitution très bonne, d'un tempérament sanguin, et qui se porte habituellement très-bien, est atteint de deux cataractes dont le début date de cinq ans.

L'opacité ne paraît occuper que le cristallin à gauche, le cristallin et sa membrane à droite.

24 *mai.* — Les deux cataractes sont opérées par abaissement, sans que l'opération présente rien de particulier.

Le lendemain, 25, le malade eut des vomissements.

28 *mai.* — La cornée et le champ de la pupille sont nets à droite, la conjonctive est boursouflée, injectée (chémosis.) A gauche, la pupille est terne. Le malade se plaint de tension dans les globes oculaires et de picotements à la surface de chaque œil.

3 *juin.* — Du côté gauche, l'inflammation est éteinte, la vision assez distincte ; le malade voit très-bien la main qu'on passe devant ses yeux. Du côté droit, la conjonctive présente une injection réticulée intense, sans boursouflement notable et ayant une teinte violacée. La cornée est légèrement suffuse ; l'iris, dans son petit cercle, a une couleur verdâtre ; on ne distingue pas, du reste, d'injection radiée scléroticale, ni de cercle gris Le diamètre est le même que celui du côté opposé ; peu mobile, sans irrégularité notable. Son champ n'a pas toute la netteté normale, et paraît contenir quelque chose de grisâtre et qu'il est encore difficile d'apercevoir. On voit à la partie inférieure de la chambre antérieure, une petite masse d'un blanc jaunâtre, terminée à sa partie supérieure par une ligne de niveau par-

faitement rectiligne, formée par un épanchement de pus, et remontant du reste peu haut (1 mill.). La vision n'est pas nette de ce côté. (*Calomel, 2 décigr.*)

8 *juin.* — Conjonctive très-injectée, boursouflée. Cornée trouble dans toute son étendue. Pupille immobile. L'iris conserve sa coloration verdâtre. Le champ de la pupille est masqué par une membrane très-mince, qui forme un voile grisâtre.

La forme de l'ouverture est, du reste, sensiblement normale.

12 *juin.* — Même état ; un peu d'irrégularité vers la partie interne et supérieure de la pupille.

17 *juin.* — La pupille est irrégulière, immobile ; son grand diamètre est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La pseudo-membrane qui remplit son champ a pris plus d'épaisseur et d'opacité, est inégale et plus considérable ; elle envoie vers l'iris un prolongement qui lui adhère en haut et en dedans, et produit la déformation pupillaire.

Les jours suivants, je pus examiner l'œil après l'avoir dilaté par la belladone, et me convaincre ainsi de la présence d'un filament très-fin qui venait brider l'iris et l'unir à la pseudo-membrane qui masquait le champ de la pupille en un point seulement.

Le malade sortit le 23 juin dans le même état.

(Nous nous bornons, comme précédemment, à donner l'indication des autres observations rapportées par l'auteur.)

Obs. II. — Cataracte capsulo-lenticulaire; abaissement; pseudo-membranes; adhérences; déformation de la pupille.

Obs. III. — Iritis traumatique; adhérences; déformation de la pupille.

Obs. IV. — Cataractes capsulo-lenticulaires; abaissement; adhérences, suites d'iritis à gauche ; pupille déformée.

Obs. V. — Iritis chronique ; déformation de la pupille ; adhérences.

Obs. VI. — Cataracte double anciennement opérée; adhérences; pupille déformée.

J'aurais pu citer un plus grand nombre d'observations, mais celles que j'ai relatées me paraissent suffire pour rendre patent le mécanisme et la cause de la déformation pupillaire dans ces cas. J'ai rapporté beaucoup d'observations d'iritis survenues à la suite de l'opération de la cataracte, parce qu'alors la marche des adhérences n'est pas la même et que, par contre, la déformation pupillaire se produit d'une toute autre façon.

En effet, dans les iritis ordinaires, spontanées, on voit d'abord les pseudo-membranes se développer sur l'une des faces de l'iris, puis s'avancer vers le bord pupillaire, et si on ne parvient pas à en enrayer la marche, elles joignent, sous forme de filaments, les deux extrémités du diamètre, et déforment ainsi la pupille. Tel est le cas d'anatomie pathologique si intéressant, dont je dois les détails à mon ami le docteur Follin.

On sait que l'ophthalmie périodique amène chez le bœuf des lésions fort graves des milieux de l'œil ; ainsi, dans le cas que j'ai pu examiner, l'un des deux yeux offrait à la face antérieure de l'iris une fausse mem-

brane parfaitement régulière, assez épaisse, qui n'était limitée que par le grand bord de l'iris; elle obstruait complétement la pupille, était organisée, mais n'adhérait que peu à la face antérieure de l'iris, dont on pouvait la séparer facilement; elle n'y était maintenue que par de légères adhérences, sortes de filaments que l'on voyait très-bien par le soulèvement de la fausse membrane. Au-dessous d'elle, l'iris et le cristallin étaient parfaitement sains. L'humeur aqueuse était limpide, on n'y trouvait pas ces flocons pseudo-membraneux ou purulents qu'on voit si souvent dans l'ophthalmie périodique; l'autre œil était le siége d'une cataracte capsulo-lenticulaire.

Dans l'iritis traumatique, dans celle qui suit trop souvent l'opération de la cataracte, il y a eu ébranlement de tous les milieux de l'œil, toutes les membranes ont été tranchées; la pseudo-membrane, dans ces cas, se forme soit à l'aide de débris de la capsule, soit à l'aide de flocons du cristallin, soit enfin à l'aide d'opacités se produisant dans l'humeur aqueuse; le champ de la pupille est irrégulièrement obstrué par cette pseudo-membrane, qui rayonne vers le bord pupillaire, l'atteint, l'attire à elle, d'où la déformation produite, si je puis ainsi dire, de dedans en dehors.

Ces adhérences, on l'a vu, donnent lieu à des déformations variables selon leur nombre, mais toujours irrégulières et ne pouvant se rapporter à aucune forme géométrique. Quelquefois, elles accolent le bord pupillaire à la capsule et font de l'iris un véritable entonnoir, comme dans l'observation IV. Toutes ces déformations ont pour caractères d'être persistantes, de ne pas varier du jour au lendemain, comme celles qui tiennent à la simple congestion du tissu de l'iris, et, de plus, de s'exagérer dans certains mouvements de l'iris. Si le filament d'adhérence a son point d'attache vers la partie centrale de la capsule du cristallin ou de la cornée, il tirera et fera saillir en dedans le point du bord pupillaire auquel il s'attache; si, au contraire, l'adhérence a lieu sur la capsule plus loin du centre que sur l'iris, le point adhérent de celui-ci sera tiré en dehors. Dans le premier cas, ce sera lors de la dilatation que la déformation s'exagérera; et dans le deuxième cas, ce sera pendant la contraction. On comprend, du reste, d'après le même mécanisme, comment la déformation de la pupille peut exister, soit avec dilatation, soit avec resserrement de l'ouverture.

§ III.—*Déformations par déplacement.*

Sous ce titre, je range les déformations pupillaires qui sont dues à ce que l'iris a subi, dans l'un de ses points, un véritable déplacement, et que ce point a été entraîné, soit en avant, soit en arrière. Le cas le plus fréquent est celui de la hernie de l'iris à travers la cornée : on voit alors une ulcération de la cornée amener une perforation; puis, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors, et l'iris la suit dans ce mouvement d'arrière en avant, de sorte qu'il vient s'appliquer contre la face postérieure de la cornée, et, pour peu que la perforation ait une certaine

étendue, il s'y engage dans une proportion en rapport avec la largeur de la perforation. On a ainsi ce que les auteurs ont appelé *myocéphalon, hylon, raisinière,* etc. Toujours est-il que la pupille est déformée, et en voici un exemple.

Kératite ulcéreuse.—Perforation de la cornée.—Hernie de l'iris.—Déformation de la pupille.

Obs. I.—Au n° 20 de la salle Sainte-Vierge, est couché le nommé Calmelle (Napoléon), âgé de 15 ans, d'une constitution médiocre, d'un tempérament très-lymphatique. Ce jeune malade est entré, le 1er mars, dans le service pour une double kératite ulcéreuse ; il a été traité par le calomel, les vésicatoires volants, le collyre au nitrate d'argent.

Aujourd'hui 3 avril, c'est-à-dire un mois après son entrée à l'hôpital, le jeune malade est dans l'état suivant :

Œil droit.—Cornée présentant, dans sa moitié interne, une légère opacité ; en haut, cercle grisâtre cornéal très-étendu ; pupille et iris normaux ; vaisseaux de la conjonctive un peu congestionnés.

Œil gauche.—Ulcération opaque dans la partie inférieure de la cornée ; au centre, un petit point noir (myocéphalon) opaque ; pupille ovalaire (forme de pepin) à pointe tirée en bas et un peu en dehors.

Le 8 avril, l'iris s'est retiré de l'ulcération, mais il reste encore adhérent ; car la pupille conserve sa déformation, tout en ayant sa mobilité normale. Quand on place le petit malade dans l'obscurité, la pupille se dilate et retrouve sa rondeur, parce que la bande irienne a alors la même largeur dans tous les sens ; vision très-nette, plus de douleur.

On comprend que, dans ce cas, la déformation puisse varier ; que la pupille sera rétrécie, si une partie de sa marge est herniée dans la cornée ; oblitérée, si toute la marge a traversé la perforation ; agrandie, au contraire, si une très-petite partie seulement du corps de l'iris s'est engagée près de ses attaches dans une perforation de la cornée.

§ IV.—*Déformation de la pupille par solution de continuité de l'iris.*

Ce genre de déformation n'est pas rare : toutes les piqûres, coupures, déchirures de l'iris peuvent le produire. Que l'iris soit piqué dans une opération de cataracte, aussitôt la pupille se resserre, se déforme dans une étendue variable ; il y a un angle rentrant du côté de la piqûre, et cet angle persiste longtemps après que tous les accidents inflammatoires ont disparu, souvent même la pupille reste à jamais déformée. De même, dans l'extraction de la cataracte, la ponction de la cornée étant faite trop perpendiculairement à l'iris ; l'opérateur est obligé d'abaisser le manche de l'instrument vers la tempe du malade ; les lèvres de la plaie sont écartées par la lame ; l'humeur aqueuse s'écoule, et l'iris, s'appliquant contre la cornée, se trouve de cette façon placé sur la pointe du couteau, qui le divise dans une étendue de largeur variable. Il peut y avoir alors, ou une simple division de la membrane, ou une plaie à lambeaux avec perte de substance ; et alors, ou bien la pupille

est déformée, ou bien il se forme en outre une pupille supplémentaire. La coupure peut porter sur plusieurs points de l'iris et former plusieurs ouvertures. On a vu des opérés de cataractes présenter trois pupilles, sans que la vision en fût troublée. Dans ces cas, la pupille normale se contractant, les autres se dilatent, et cela se comprend. Enfin, les déchirures de l'iris produisent le même résultat; mais elles sont moins fréquentes que les cas précédents : on sait, du reste, que cette déchirure de l'iris forme un des procédés de pupille artificielle.

Je ne rapporterai ici que trois observations relatives seulement aux déformations par déchirure, parce que ce sont les plus rares.

Déchirure de la sclérotique, de l'iris.—Déformation de la pupille.

Obs.—Paon (Thérèse), blanchisseuse, âgée de 22 ans, entre, le 29 juin, au n° 8 de la salle Sainte-Catherine. Cette femme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, bien réglée, n'a jamais eu de maladies graves. Elle a eu, il y a trois ans, une ophthalmie de l'œil gauche, à la suite de laquelle il resta sur la cornée une légère opacité qui troublait un peu la vision.

Cette malade raconte que, dans une rixe, elle a reçu, sur l'œil gauche, un vigoureux coup de poing qui la renversa et lui fit perdre connaissance.

Aujourd'hui, surlendemain de l'accident, on peut constater l'état suivant :

Œil droit parfaitement sain.

A gauche, légère plaie contuse de la partie externe du sourcil; paupières à peine tuméfiées; l'inférieure ayant sa coloration normale, et la supérieure une teinte rouge vineuse à son bord libre seulement; conjonctive oculaire boursouflée, surtout dans sa moitié inférieure et interne, d'une coloration d'un rouge blafard en ce même point, faisant une saillie moins considérable dans sa moitié supérieure et externe, et ayant une coloration d'un rouge foncé uniforme, tacheté de jaune; le boursouflement de la conjonctive paraît tenir à une infiltration moitié séreuse, moitié sanguine.

A la partie supérieure et interne de la circonférence de la cornée, on voit une tumeur oblongue, de la grosseur d'un petit haricot, déterminée par une saillie de la sclérotique, et ayant une teinte blanc bleuâtre, tachetée de noir; vers la partie supérieure de la cornée, à son point d'union avec la sclérotique, se trouve une autre tumeur plus petite, noirâtre, mollasse, évidemment formée par une portion de l'iris, qui sort à travers une déchirure transversale, irrégulière, par laquelle on voit aujourd'hui suinter des flocons d'humeur vitrée. Dans le reste de son étendue, la cornée a perdu de sa transparence, sans qu'il y ait de coloration anormale. La chambre antérieure a une teinte rouge vineux, surtout dans sa partie inférieure où l'on voit du sang épanché; au fond de l'iris, il y a une teinte jaune, tachetée de points noirâtres.

La pupille a une coloration d'un noir foncé, et présente la déformation suivante : sa portion inférieure a la position et la forme normales; la partie supérieure de l'iris n'existant plus, l'ouverture pupillaire s'étend jusqu'à la déchirure, et a ainsi une grande étendue et une forme irrégulière représentant une sorte de triangle dont la base correspondrait à la cornée; l'iris est immobile.

Le lendemain, la malade quitte l'hôpital dans le même état.

Obs. II. — Déchirure de l'iris par éclat de mine; pupille transversale.

Obs. III. — Staphylôme de la sclérotique et déchirure de l'iris par suite d'un coup de poing; pupille déformée.

(Les détails de ces deux observations nous ont paru pouvoir être omis sans inconvénient.)

§ V.—*Déformations sympathiques de la pupille.*

Si j'avais eu à m'occuper de la dilatation de la pupille, ce cadre eût été facilement rempli. On sait, en effet, que la mydriase sympathique se rencontre dans une foule d'affections générales. Mais, me renfermant dans les seuls cas qui amènent une déformation de la pupille, je n'ai à relater qu'une seule observation et le résultat d'expériences fort curieuses, et dont les conséquences pratiques peuvent être très-importantes.

On sait que, en général, quand on vient à couper le nerf optique, la pupille se dilate; cet effet, constaté par MM. Magendie et Longet, doit être admis, malgré les assertions contraires de Valentin qui prétend que la pupille se resserre; on sait aussi que la section du nerf trijumeau amène le resserrement de la pupille. Je fus curieux de savoir quelle pouvait être l'influence du grand sympathique sur l'iris et sur l'état de la pupille. Je voulus d'abord expérimenter sur le chien et le chat, lorsque je me rappelai qu'il y a chez ces animaux une connexion intime entre le grand sympathique et la huitième paire au cou; que les deux nerfs sont renfermés dans la même gaîne; qu'il serait par conséquent très-difficile de les couper isolément. Chez le lièvre et le lapin, les deux nerfs sont distincts à la région cervicale comme chez l'homme; je choisis donc le lapin. Sur un premier lapin, je mis à découvert les nerfs pneumogastrique et grand sympathique à la région cervicale, et je coupai l'un et l'autre. Aussitôt, la pupille du même côté se resserra et devint oblongue, de façon que son grand diamètre était dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, forme que l'on a dit, nous l'avons vu, se manifester dans l'iritis syphilitique. Sur un deuxième lapin, je coupai seulement le nerf vague et ses rameaux, et je vis, comme dans le cas précédent, la pupille se resserrer, se déformer et devenir encore oblongue dans le même sens; mais la partie supérieure de son bord était pointue et la partie inférieure arrondie.

Enfin, sur un troisième lapin, je retranchai le ganglion cervical supérieur, et je remarquai que la pupille, resserrée comme précédemment, acquérait une forme elliptique, mais en sens contraire, de façon que la partie inférieure du bord était pointue et la supérieure arrondie.

Ces expériences laissent à penser que les filets du nerf vague et ceux du grand sympathique ne se répartissent pas également; que les premiers sont à la partie supérieure de l'iris et les seconds à sa partie inférieure. Ces résultats si curieux et si inattendus me firent penser que, peut-être, en y regardant de près, on pourrait trouver une déformation particulière de la pupille dans certaines affections portant sur des or-

ganes où se répand le grand sympathique, et une toute autre, quand le pneumogastrique serait en cause. Je dois dire que je n'ai pas encore été à même de vérifier cette hypothèse. Cependant, j'ai vu, chez une femme atteinte d'hystérie, la pupille être le siége d'une déformation bizarre qui me paraît sous l'influence du système nerveux, si singulièrement ébranlé dans cette affection.

Obs.—Il s'agit d'une jeune fille, couchée au nº 32 de la salle Sainte-Marthe, d'un tempérament lymphatique, toujours mal réglée, et atteinte d'hystérie depuis un mois seulement. Elle a eu mal aux yeux dans sa jeunesse, et les cornées sont un peu nuageuses dans certains points. L'iris est gris fauve du côté gauche, un peu plus large que du côté droit. Les deux iris sont également mobiles ; les deux pupilles ont la forme suivante : dans l'état de contraction, à droite, circulaire avec une échancrure en haut et en dehors ; à gauche, circulaire avec une légère échancrure en haut et en dedans. Les pupilles dilatées présentent, à droite, la forme circulaire dans la moitié supérieure, avec une large échancrure dans la moitié inférieure ; à gauche, la forme d'une feuille de trèfle ayant deux folioles inférieures. Du reste, les deux pupilles sont très-mobiles, et leur forme change à chaque instant avec la moindre contraction de l'iris, de telle façon qu'étant circulaire, lors de la plus grande contraction, elle devient irrégulière dans un sens ou dans l'autre, selon que l'iris se dilate plus ou moins. Il n'y a, du reste, dans les yeux, aucune altération qui puisse rendre compte de ces faits.

Art. 2.—Déformations mécaniques ou physiques de la pupille.

Ce genre de déformation, sur lequel j'insisterai peu, comprend tous les cas dans lesquels l'iris se porte, soit en totalité, soit en partie, en avant ou en arrière, ayant son ouverture centrale déformée par une pression de dedans en dehors ; et ceux dans lesquels une tumeur intra-orbitaire vient comprimer l'œil, et produit la déformation de la pupille en pressant sur l'iris de dehors en dedans. C'est ainsi que dans le synchisis, on trouve souvent, outre le ballottement de l'iris, une déformation de la pupille. Ainsi, dans le cas remarquable de synchisis étincelant, relaté par M. Desmarres, la pupille gauche, largement dilatée, était déformée et immobile ; la droite avait le même aspect, et était aussi déformée.

La même déformation se produira dans l'encéphaloïde de la rétine, le phlegmon, l'atrophie de l'œil, dans l'hydrophthalmie. Ainsi, le 9 avril, je voyais, au bureau central, un jeune sculpteur chez lequel l'œil gauche était plus volumineux que le droit, la sclérotique distendue, bleuâtre, la vision nulle, l'iris porté en avant, la pupille large reportée en haut, de façon que la bandelette irienne de ce côté était très-étroite. Le champ de la pupille était grisâtre.

Dans la cataracte glaucomateuse, on peut observer les mêmes résultats : tel est le cas rapporté par Beer, cas dans lequel le cristallin volumineux faisait saillie au-dessus de la portion inférieure du bord pupillaire ; ce qui, au premier abord, pouvait faire croire que la partie supérieure de cette membrane était renversée en arrière ; la pupille était semblable à celle des ruminants.

Enfin, comme je l'ai dit, la déformation peut être produite par une pression du globe de l'œil de dehors en dedans. Toutes les tumeurs, kystes, abcès, cancers, etc., qui peuvent se développer dans l'orbite, sont susceptibles d'amener ce résultat. Je n'ai pas d'exemples de cette nature à relater; mais j'attirerai l'attention sur un fait remarquable, ayant une certaine valeur pratique, et que j'ai observé bien des fois. Si, en soulevant la paupière supérieure pour examiner l'œil, on appuie sur le globe oculaire, on rend la pupille transversale; et de même par la pression sur la paupière inférieure. Une pression dans l'un des angles de l'œil rend la pupille verticale. Enfin, si l'on presse à l'extrémité des diamètres obliques du globe oculaire, on donne à la pupille un grand diamètre oblique dans un sens ou dans l'autre. Il faut être prévenu de cela pour ne pas être induit en erreur sur la réalité de certaines déformations pupillaires.

Conclusions.

Je crois avoir établi dans ce Mémoire :

1° Que la pupille, à l'état normal, a, le plus souvent, une forme circulaire, et occupe le centre de l'iris; mais que, fréquemment, elle présente un grand diamètre oblique en bas et en dehors, et est reportée en haut et en dedans;

2° Que les déformations de la pupille peuvent tenir :

a—A une congestion du tissu de l'iris, comme dans l'iritis aiguë, et alors la déformation n'indique nullement une cause spécifique à la maladie;

b—A des produits plastiques, des végétations du bord pupillaire, comme dans certaines iritis syphilitiques en particulier;

c—A des pseudo-membranes, des adhérences, comme dans l'iritis chronique, et spécialement celle qui succède aux opérations de la cataracte;

d—A un déplacement de l'iris;

e—A une solution de continuité de l'iris;

f—A une influence nerveuse, comme le montrent mes expériences sur les lapins;

g—A une pression du globe oculaire de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

De la fracture de l'épine de l'omoplate. *Lettre à M. le professeur Malgaigne;* par le docteur **I. Hoppe**, *à Bonn* (1).

Monsieur,

Permettez-moi de vous adresser, à vous qui êtes le coryphée des temps modernes dans l'étude des fractures, un fait qui me paraît offrir

(1) Cette lettre a été publiée dans le *Deutsche Klinik*, 1852, n° 2, d'où nous l'avons extraite. (*Note du Réd.*)

un certain intérêt. — Permettez-moi aussi de vous adresser cette communication à vous personnellement. Vous nous avez donné de si riches matériaux que je ne puis mieux faire pour le petit fait de fracture rare dont il est question, que de chercher à le joindre au trésor de vos observations. C'est à vos principes, du reste, que je dois d'avoir étudié avec un grand soin le fait que je vais avoir l'honneur de vous communiquer.

Dans votre estimable *Traité des fractures,* traduit par le docteur Burger à Ulm, vous dites à propos des fractures de l'omoplate :

« A.-L. Richter a reproduit, d'après Paul d'Egine et A. Paré, la « fracture de l'épine de l'omoplate. Je ne connais aucun exemple de « fracture limitée à l'épine ou à l'angle postérieur, etc. »

J'ai été amené, comme le docteur Richter, à regarder la fracture de l'épine de l'omoplate comme une lésion isolée et digne de figurer dans les traités spéciaux comme une forme spéciale. Je serai très-flatté de connaître votre opinion à cet égard.

Obs. — Le 30 avril dernier, le sieur M..., sergent de police à Bonn, fut heurté par devant et tomba par suite en arrière sur la pierre mal unie d'une cour. Toute la force de la chute porta surtout sur l'omoplate droite. Le lendemain on constata les particularités suivantes :

1° Il y avait beaucoup de douleur dans toute la région de l'épaule droite. La douleur spontanée était vive, mais le mouvement et la pression l'exaspéraient encore. A la pression on reconnaissait que son maximum était à la tête du bras, surtout à la partie antérieure. Néanmoins la douleur s'étendait aux parties environnantes ; mais sa vivacité ne paraissait pas concentrée dans un point déterminé comme cela a lieu dans un cas de fracture. Dans ce premier examen où toute l'attention fut dirigée sur l'articulation de l'épaule, on ne fit qu'une exploration superficielle de l'omoplate et de la région.

2° Il survint plus tard en arrière du bras une large extravasation sanguine diffuse, qui s'étendit depuis le coude jusqu'à l'épaule vers la poitrine. Elle disparut au bout d'environ quatorze jours ;

3° Le bras était tenu par le malade dans la flexion à angle droit, et la tête et le tronc étaient un peu penchés à droite ;

4° Le blessé se sentait incapable d'exercer aucun mouvement du bras ; mais de pressantes sollicitations le déterminaient à imprimer à son bras de très-faibles mouvements volontaires ;

5° La tuméfaction de la région de l'épaule était très-faible et appréciable seulement au début. Elle était uniforme, un peu plus marquée cependant à la partie antérieure de la tête humérale ;

6° Le blessé ne restait pas tranquille : son agitation entretenait et augmentait la douleur, d'autant plus qu'il jetait souvent de côté et d'autre son bras toujours maintenu fléchi à angle droit ;

7° Après la première nuit si agitée, le pouls était devenu fébrile.

Tels étaient les résultats de notre examen. Du reste, il n'y avait ni crépitation, ni difformité, ni mobilité anormale, il n'y avait en un mot aucun symptôme qui pût mettre notre esprit sur la trace d'une fracture.

Pour établir le diagnostic, j'avais d'abord à éliminer la fracture du corps

et celle de la tête de l'humérus. Il n'y avait non plus aucun signe de fracture ou de luxation de la clavicule ni de luxation de l'épaule, et rien ne pouvait donner la pensée d'une fracture du corps de l'omoplate. Il ne restait donc rien autre chose à admettre qu'une contusion avec ébranlement considérable de l'articulation scapulo-humérale. Néanmoins, la douleur vive qui existait depuis le commencement, et l'impossibilité absolue de mouvoir le bras, offraient trop bien l'apparence d'une fracture pour que mon esprit fût satisfait de l'idée d'une contusion. Je me livrai donc à un nouvel examen. C'était la face postérieure de l'épaule qui avait porté dans la chute, elle était néanmoins sans tuméfaction ni ecchymose, et la douleur était la moindre dans la région sous-épineuse. J'examinai encore l'épine de l'omoplate ; à l'extérieur elle n'offrait rien d'anormal; mais, après une recherche attentive, je finis par découvrir en dehors, à 1 pouce 3/4 ou 2 pouces de la naissance de l'épine scapulaire, un point circonscrit, sensible à la pression beaucoup plus que dans aucune autre partie de l'omoplate ; mais qui ne l'était pas davantage qu'à la face antérieure de l'épaule. Mais en ce point très-circonscrit où siégeait cette sensibilité, on ne trouvait ni inégalités, ni mouvements anormaux, ni crépitation. Cette douleur si locale ne me suffisait donc pas pour admettre la fracture de l'épine de l'omoplate.

En examinant une préparation sèche de l'omoplate, on trouve que l'épine de l'omoplate naît par deux racines, une antérieure, l'autre postérieure, qui se réunissent perpendiculairement pour se diriger en arrière. Ces deux racines sont réunies à leur base par une lame osseuse transparente, et c'est dans l'espace compris entre les deux racines que l'épine est le plus mince.

Le point douloureux se trouvait à 1 pouce 3/4 ou 2 pouces du bord interne de l'omoplate, et c'est précisément là le point où la racine postérieure en se dirigeant vers l'omoplate commence à s'amincir, et où le bord large de l'épine commence à se rétrécir. Ces considérations rendaient la fracture assez probable.

C'est pourquoi je conclus que l'articulation de l'épaule avait été le siége d'une commotion et d'une contusion simples, tandis que, selon toute apparence, il y avait une fracture de l'épine de l'omoplate.

Il s'agirait maintenant de rechercher comment une chute sur le terrain inégal d'une cour avait pu déterminer une telle fracture.—Le malade était tombé sur la face dorsale de l'omoplate; l'articulation de l'épaule n'avait pu être que très-indirectement atteinte. La chute devait principalement avoir atteint le point le plus saillant de l'épine de l'omoplate, c'est-à-dire le rebord de l'épine correspondant à la racine antérieure, en arrière de l'acromion, et elle a dû porter secondairement sur le bord postérieur de l'acromion et la face postérieure de l'articulation scapulo-humérale. Cette articulation n'avait pas pu être atteinte par le côté. Une fracture de l'acromion ou de la partie supérieure eût été facilement appréciable chez un homme de 53 ans assez maigre. Il

n'était pas probable non plus qu'il y eût eu une action directe sur le point lésé de l'omoplate par suite d'une chute sur une pierre, puisqu'il n'existait aucune lésion appréciable aux parties molles. C'est pourquoi je pensai que cette fracture avait eu lieu par cause indirecte. Le poids du corps ayant porté sur une partie plus forte, plus résistante et située plus en avant, il en était résulté une courbure de l'épine de l'omoplate, et par suite, plus en arrière, une fracture du bord de cette épine. Cette fracture était probablement dirigée en avant et en bas vers la surface plane de l'omoplate, mais il était difficile d'en apprécier l'étendue et la profondeur.

Si la fracture reconnaît donc ici une cause indirecte, et si le coup a particulièrement porté sur la racine antérieure de l'épine, il faut que le froissement et la contusion de l'articulation aient aussi eu lieu d'une manière indirecte. La face antérieure de cette jointure était très-sensible à la pression. Cette partie devient toujours plus sensible dans les affections congestives, et il se peut très-bien que, dans ce cas, cette partie de l'articulation ait subi une pression plus considérable du côté de l'apophyse coracoïde.

Il n'y avait lieu dans ce cas à faire aucune réduction; mais comme le malade était très-agité et tenait son bras roide fortement fixé au corps, il importait de lui donner la position la plus commode et de l'y maintenir. On y procéda de la manière suivante : J'exerçai une espèce de *distraction* (*distraction*), comme dans la réduction des fractures, en faisant pratiquer la contre-extension près du col de l'omoplate et l'extension sur le coude fléchi à angle droit, de façon à appliquer le bras contre le corps et portant un peu en avant. J'exerçai cette manœuvre tant pour bien examiner la partie fracturée, que pour faciliter mes recherches vers l'articulation scapulo-humérale où une fracture aurait pu être méconnue. C'était d'ailleurs la position où la douleur devait le moins se faire sentir.

Un coussin fut placé entre le bras et les côtes, et le tout maintenu par une bande roulée autour du bras et du coude; l'articulation de l'épaule et la région de l'omoplate étaient à découvert.

On appliqua des compresses froides sur les parties malades, et de nombreuses ventouses furent appliquées dans le voisinage. L'amélioration marcha rapidement, et, au bout de huit jours, il y avait à peine de la douleur, le malade se levait, et les mouvements du bras avaient un peu de liberté. La rapidité de l'amélioration fut assez grande pour qu'il ne restât pas le moindre doute sur l'absence d'une lésion grave de l'articulation.

Je constatai deux symptômes sur le point qui me paraissait être le siége de la fracture, savoir : 1° la douleur resta constamment localisée dans ce point circonscrit, et au bout de plusieurs mois elle était encore réveillée par la pression, tandis qu'elle avait complétement disparu dans les parties avoisinantes; 2° il survint sur le point même où siégeait la douleur une tumeur circonscrite, analogue aux tumeurs du cal et superficielle. Cette tumeur apparut dès le cinquième jour, et augmenta successivement de volume. En dehors de cette douleur à la pression très-localisée, le malade ne ressentait absolument rien de cette fracture. On abandonna promptement comme inutile, l'idée de la contenir au moyen d'un bandage, et on se borna à des frictions avec le liniment volatil. Au bout de trois semaines le malade se servait complétement de son bras.

La tumeur du cal avait alors le volume d'une grosse noisette. Tous les mouvements du bras étaient faciles, sauf dans l'élévation où il y avait de la douleur.

Le soixantième jour, je l'examinai de nouveau. Le blessé ne pense plus à son accident. Tous les mouvements du bras sont faciles, sauf celui d'élévation. La tumeur du cal est de la grosseur d'une noix de galle dure et circonscrite.

Le cent cinquantième jour, l'examen m'a donné les résultats suivants :

1° Les mouvements sont tout à fait libres; seulement celui d'élévation du bras est encore un peu gêné;

2° L'épaule est un peu tuméfiée à la face antérieure de l'articulation, elles est également encore un peu douloureuse;

3° Pendant les mouvements de l'épaule on entend un petit bruit sourd et sec;

4° La tumeur du cal est devenue plus petite. La pression y détermine encore de la douleur, et cette douleur circonscrite rappelle celle qui existait au début.

Tel est le fait, Monsieur, que je voulais soumettre à votre appréciation.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Dr Hoppe.

Remarques et observations sur les fractures de l'épine l'omoplate. *Lettre à M. le docteur Hoppe;* par **M. Malgaigne.**

Mon cher et très-honoré confrère,

Je devrais commencer par vous demander pardon de vous avoir fait attendre si longtemps ma réponse, si ce retard même n'avait servi à éclairer la question que vous voulez bien m'adresser, en amenant la publication de faits nouveaux et d'un haut intérêt. C'est à l'occasion d'un débat médico-légal des plus regrettables pour la profession que l'attention des chirurgiens a été appelée sur ce sujet; un rapport a même été fait devant la Société de chirurgie directement consultée; et la lacune que je signalais dans mon *Traité des fractures* se trouve ainsi en grande partie comblée.

Voici d'abord le fait communiqué à la Société de chirurgie, par M. docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque.

« Obs. I.—Le 23 mai 1852, un jeune homme de 18 ans, d'une constitution grêle, reçoit sur la joue gauche un vigoureux soufflet qui le renverse immédiatement à terre; l'épaule droite porte sur le sol. Il se relève, peut mouvoir ses bras et les croiser sur sa poitrine; mais, le lendemain, les douleurs qu'il ressent dans l'épaule droite lui interdisent tout mouvement du bras correspondant.

« Le 25 au matin, M. Demeaux l'examine et constate l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, caractérisée par une vive douleur au siége de la lésion, la crépitation, la mobilité du fragment acromial. Le déplacement était nul, la rougeur et le gonflement peu prononcés.

« Notre confrère se contenta de soutenir le bras avec une écharpe et de surveiller le malade.

« Le 27 mai, les signes de la fracture furent de nouveau constatés sans peine. M. Demeaux revit le malade plusieurs fois dans le courant du mois de juin; tout alla pour le mieux.

« Les choses en étaient là, lorsque deux confrères de la localité mirent en doute l'existence de la fracture. D'après le premier, « une fracture de l'omoplate ne « saurait avoir lieu qu'à la suite d'un coup de barre ou d'un coup d'arme à feu, et, « d'ailleurs, avec une pareille lésion tout mouvement du bras eût été impossible. » Le second confrère, appelé par la partie adverse, a été judiciairement chargé de visiter le blessé. Il a fait son examen le 30 juin, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, et a déposé que, « d'après la nature de la chute, attendu qu'il n'y « avait ni ecchymose, ni engorgement, ni difformité, et qu'il n'avait pas été appli- « qué d'appareil convenable, il conclut que la fracture de l'épine de l'omoplate « n'avait jamais existé. »

« La justice s'est prononcée, et a adopté des conclusions en rapport avec les dispositions et l'opinion des deux contradicteurs de M. Demeaux. Appel a été fait de ce jugement, et un autre tribunal sera bientôt appelé à statuer définitivement sur ce débat. »

Tel était, en résumé, le fait exposé par M. Demeaux, et à l'occasion duquel il posait à la Société de chirurgie les quatre questions suivantes :

1° Une chute, dans laquelle l'épaule porte sur le sol, peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate, qui n'était compliquée d'aucun déplacement?

4° De ce que trente-huit jours après une chute sur l'épaule on ne trouve ni *ecchymose*, ni *engorgement*, ni *difformité*, est-on autorisé à en conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a pas existé?

La Société nomma trois commissaires, MM. Larrey, Denonvilliers et Robert; et M. Robert lut son rapport dans la séance du 8 septembre.

Sur la première question, la commission alléguait d'abord que l'acromion, dont les fractures doivent survenir par le même mécanisme que celles de l'épine scapulaire, se fracture souvent à la suite de chutes sur l'épaule; mais, d'ailleurs, elle invoquait l'observation directe, en s'appuyant du fait suivant, emprunté à la clinique de M. Velpeau. M. Velpeau, averti avant la Société de chirurgie du procès déplorable intenté à M. Demeaux, en avait démontré la futilité par l'examen et la comparaison du cas qu'il avait sous les yeux (1).

« Obs. II.—Le malade du n° 53, avait-il dit, est entré le 30 juin dans nos salles. L'avant-veille, il était tombé à la renverse sur un talus; l'épaule gauche

(1) *Gazette des Hôpitaux.*—1852, p. 325.

avait porté sur le sol, et, au même moment, le malade avait ressenti une vive douleur dans cette région. Il se relève, fait accomplir à son bras toutes sortes de mouvements; les mouvements sont possibles, mais gênés et douloureux. Il entre à l'hôpital.

« Nous avons constaté, et l'on constate parfaitement encore aujourd'hui, l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, située à l'union de l'épine de l'omoplate avec l'acromion. La crépitation, la mobilité anormale, la douleur étaient bien marquées; il y avait aussi un peu de gonflement. Le gonflement a disparu aujourd'hui; et s'il était facile, à l'entrée du malade à l'hôpital, de diagnostiquer cette fracture, il est encore bien plus facile de la reconnaître aujourd'hui.

« Et cependant, malgré l'existence de cette fracture, le malade était libre dans tous les mouvements du bras; il pouvait croiser les bras, les porter sur la tête, mettre sa cravate, prendre du tabac, etc. Il n'a pas et n'a point eu d'appareil. »

Ce second fait montrait donc, comme le premier, la fracture causée par une chute sur l'épaule; il répondait en même temps à la deuxième question de M. Demeaux, savoir si une pareille fracture peut permettre des mouvements. Le rapporteur de la Société de chirurgie n'a guère eu qu'à reproduire l'explication déjà donnée par M. Velpeau.

« En effet, dit M. Robert, ces fractures n'étant accompagnées d'aucun déplacement, et les fragments étant maintenus par les masses charnues des muscles sus et sous-épineux d'une part, et de l'autre par les aponévroses résistantes des muscles trapèze et deltoïde, les mouvements de l'épaule et du bras ne doivent être que médiocrement douloureux. Qui ne sait, d'ailleurs, que, dans des conditions moins favorables, diverses fractures n'apportent qu'un faible obstacle à la mobilité des leviers osseux? Qui n'a vu des malades faire usage de leur membre après des fractures de la clavicule, de l'acromion, de l'humérus, du col du fémur, etc.? »

La réponse à la troisième question avait été aussi faite à l'avance par M. Velpeau :

« Que faire, dit-il, dans ce genre d'accidents? Rien, ou presque rien : maintenir le bras avec une écharpe, appliquer des compresses résolutives, ou ne rien faire du tout. Je ne blâme pas, toutefois, les chirurgiens qui appliquent des appareils; mais je pense que les bandages, de telle nature qu'ils soient, ne sont pas nécessaires, en raison de la liberté des mouvements et du peu de tendance des fragments au déplacement. Les appareils éviteront les frottements quelquefois, et l'on pourra peut-être espérer une guérison, une consolidation un peu plus prompte; mais ces avantages ne compenseront pas l'ennui et les inconvénients de l'immobilité à laquelle vous condamnerez les articulations. »

Enfin, sur la quatrième question, l'absence d'ecchymose, après trente-huit jours, est tellement insignifiante dans une fracture de ce genre, qu'il serait étonnant même de voir, en pareil cas, l'ecchymose persister aussi longtemps. Nous en dirons tout autant de l'engorgement; la difformité n'existerait qu'autant qu'il y aurait eu déplacement; le cal provisoire, dont vous avez constaté la présence chez votre blessé, est

loin d'exister toujours ; et cette théorie surannée de Dupuytren a été vigoureusement et très-légitimement battue en brèche par M. Velpeau, dont les conclusions ont été pareillement adoptées par M. Robert.

Les questions du procès se sont donc trouvées ainsi vidées, et vous vous rangerez sans doute, ainsi que moi, de l'opinion de M. Velpeau et de M. Robert, confirmée par la Société de chirurgie. Je ne tiendrai cependant pas quitte le savant et habile rapporteur d'une réflexion critique que m'a inspirée son travail. C'est à l'occasion du traitement.

« L'emploi d'une simple écharpe, a-t-il dit, est suffisant pour permettre la consolidation des fractures de l'épine de l'omoplate ; *c'est même à ce moyen que se bornent la plupart des praticiens de nos jours.* »

Ne croirait-on pas à cette dernière phrase, que ces fractures sont assez communes pour avoir été traitées par *la plupart des praticiens?* Or, le fait est que la commission, composée de trois membres vieillis dans la pratique des grands hôpitaux, n'en avait pas vu un seul cas ; que la Société de chirurgie tout entière qui a approuvé le rapport ne paraît pas avoir été en mesure d'en citer un exemple ; votre observation, qui d'ailleurs diffère beaucoup des autres, n'était pas connue encore à Paris ; et, sans le fait de M. Velpeau qui s'est rencontré fort à point, on n'aurait pu discuter l'observation de M. Demeaux que par analogie. La Société de chirurgie, à qui nous avions fait autrefois adopter pour sa devise : *Réalité dans la science*, a jugé à propos de la modifier depuis, et elle dit aujourd'hui : *Vérité dans la science.* L'assertion de M. Robert est tout à fait propre à montrer la différence et la portée des deux sens. Certes, il a dit ce qu'il a cru réel ; et, en ce sens, on ne saurait l'accuser d'avoir été contre la vérité ; mais il n'en reste pas moins tout à fait en dehors de la réalité.

Depuis lors, cependant, un troisième cas a été communiqué à la *Gazette des hôpitaux* par M. Marchal, D. M. à Mondelange (Moselle). Le voici :

« Obs. III.—Le 3 septembre dernier, le nommé J. Reiter, de Hauconcourt (Moselle), âgé de 33 ans, luttant dans une grange avec un de ses camarades, est renversé immédiatement à terre, et l'épaule droite vient heurter contre le sol.

« Relevé immédiatement, il éprouve dans cette épaule une douleur assez vive, qui, toutefois, n'empêche pas les mouvements du bras correspondant. Il peut même, avec peine il est vrai, croiser ce membre sur sa poitrine, et porter la main sur sa tête. Cette possibilité des mouvements lui faisant croire qu'il n'existe point de fracture, il se contente d'appliquer sur l'épaule des cataplasmes de farine de graine de lin. Mais la nuit suivante il survient un gonflement considérable et une douleur intense qui le prive de sommeil, et le lendemain, 4 septembre, je suis appelé.

« Voici alors ce que je constate :

« Gonflement sans rougeur bien marquée de l'épaule droite ; pas de déformation ; mouvements du bras correspondant possibles, mais gênés et douloureux. Le deltoïde préalablement mis dans le relâchement, je saisis l'acromion, et lui imprimant des mouvements, il m'est facile de produire, dans toute l'étendue de

l'épine de l'omoplate, une crépitation très-manifeste perçue par le malade lui-même.

« Ce sont bien là, si je ne me trompe, les signes d'une fracture de l'épine de l'omoplate sans déplacement ; aussi ai-je dirigé mon traitement en conséquence ; comme celui du malade de M. Demeaux, il fut très-simple : les fragments ayant conservé leurs rapports normaux, je me contentai d'appliquer l'écharpe de Mayor, et de plus je prescrivis une application de quinze sangsues et de compresses imbibées d'une liqueur résolutive, dans le but de combattre la douleur et le gonflement qui existaient à l'épaule droite. Jusqu'ici, tout va pour le mieux ; le malade en est au vingt-cinquième jour du traitement, et je me propose de lui enlever son appareil dans une dizaine de jours. »

Ces trois observations sont assez concordantes ; il n'en est pas de même de la vôtre, qui semble se présenter avec des caractères exceptionnels. Afin d'en mieux juger, cependant, recherchons ce qu'avaient pensé de cette fracture ceux qui s'en sont plus particulièrement occupés.

Le premier qui en ait parlé est Paul d'Egine ; il est même remarquable qu'il n'admet pas d'autre fracture de l'omoplate. Selon lui, cette fracture se présente sous trois formes : ou bien l'épine est enfoncée, ou elle est le siége d'une fracture simple, ou la fracture est comminutive. L'enfoncement se reconnaît au toucher par une dépression locale ; le bras est engourdi et la douleur poignante. La fracture simple se révèle au toucher par la douleur et l'aspérité des deux fragments. La fracture comminutive est encore plus facile à reconnaître par le toucher.

A. Paré reconnaît que l'omoplate *peut estre fracturée en toutes ses parties. On connoist la fracture estre en sa creste,* dit-il plus loin, *quand, en touchant dessus, on trouue vne inegalité qui cause douleur.*

La fracture de l'acromion n'était pas encore signalée ; elle le fut pour la première fois, en 1678, par Denys Fournier ; en parlant des points où se fracture l'omoplate, *c'est le plus souvent l'acromion,* dit-il, *rarement son épine.* Duverney, qui distingue également ces deux fractures, pose en fait que la fracture de l'épine est *plus commune qu'on ne le croit;* mais il ne dit pas à quels signes on peut la reconnaître.

Au total, et avec ces maigres données, on était cependant conduit à penser que la fracture de l'épine scapulaire, telle qu'elle était décrite, occupait la portion osseuse adhérente au corps de l'os, sans détruire les connexions de l'acromion ; et votre observation rentrerait encore dans cette catégorie. Au contraire, les fractures dont les chirurgiens français viennent coup sur coup de produire trois exemples, occupaient essentiellement la portion de l'épine qui se détache de l'os, et qui se prolonge en apophyse sous le nom d'*acromion;* en sorte qu'elles s'appelleraient plus exactement peut-être *fractures de la racine de l'acromion,* d'autant que leur principal caractère se tire de la séparation et de la mobilité de cette apophyse. Je le répète : jusqu'à nous, ceux qui avaient parlé de fractures de l'épine n'avaient rien entendu de semblable ; et, sous une

dénomination ancienne, il s'agit véritablement d'une fracture toute nouvelle.

Dans votre cas, au contraire, il semble que la fracture occupait la portion adhérente de l'épine, et de là l'absence de mobilité et de crépitation. Vous n'avez point rencontré d'inégalités à l'extérieur; la formation d'une tumeur du cal aussi prononcée tendrait cependant à prouver qu'il y a eu des esquilles; une fracture simple s'entoure rarement d'une tumeur pareille; et il n'en est même pas question dans les trois autres observations. Votre fracture se rapprocherait ainsi de l'*enfoncement* de Paul d'Egine; et, en l'absence de toute inégalité extérieure, elle était bien difficile à diagnostiquer.

Votre diagnostic soulève même une question grave; savoir, si une douleur fixe, suite d'un choc extérieur sur un point limité d'un os, suffit pour révéler une fracture. A cet égard, je crois que la pratique doit se décider plus facilement que la théorie. En pratique, il suffit d'une grande probabilité pour agir; et la probabilité était assurément pour vous; et la tumeur du cal qui a suivi en a encore accru les chances. J'aurais donc conclu pratiquement comme vous, à la présence d'une fracture, et j'aurais agi en conséquence. Mais la science, plus rigoureuse, ne se contente pas de probabilités; pour admettre un fait, et surtout un fait nouveau, elle veut le voir et le toucher; on du moins, à défaut de l'autopsie directe, elle veut des preuves qui ne laissent aucune espèce de doute. En fait de fractures, la crépitation, la mobilité, les déplacements manifestes, sont des preuves à peu près irrécusables; ces preuves manquent à votre observation. Je pense donc que les praticiens feront bien d'en tenir compte; mais que les théoriciens feront bien aussi de ne l'admettre qu'avec une certaine réserve. Je doute encore que votre idée d'une cause indirecte trouve beaucoup de partisans, non qu'elle n'ait aussi ses probabilités; mais on concevrait mieux la cause indirecte, si le choc portant sur l'acromion avait détaché cette apophyse du reste de l'épine, comme dans les autres observations.

Et maintenant, mon cher confrère, me permettrez-vous de vous soumettre un autre doute? Je sais combien il est difficile d'établir un diagnostic à distance, surtout en opposition avec un diagnostic porté par un homme aussi compétent que vous. Heureusement je me trompe; je n'ai point à contredire le diagnostic porté; je serais tenté seulement de le compléter. Je vous dirai donc que toutes les fois que je vois au bras une extravasation sanguine aussi forte que celle que vous décrivez, ma première idée est celle d'une fracture du col huméral. Si cela a lieu chez un vieillard, comme votre sujet, mes présomptions deviennent plus fortes; s'il y a une douleur à l'épaule et notamment vers la tête humérale, si cette douleur est accrue par la pression et les mouvements, c'est à peine si je garde encore quelque doute; j'annonce hardiment qu'il y a une fracture, et un mouvement de rotation imprimé à l'humérus avec la main droite, tandis que j'applique la main gauche sur le moignon de l'épaule, me donne presque à coup sûr la crépitation ca-

ractéristique. Il est vrai que vous n'avez pas trouvé de crépitation, ce qui donne à cette partie de votre diagnostic autant et plus d'autorité qu'à mes simples présomptions. Aussi ne me hasarderai-je pas à prononcer; et j'aime bien mieux finir en vous témoignant ma reconnaissance pour la manière flatteuse avec laquelle vous avez pris à mon égard l'initiative de relations scientifiques, qui, je l'espère, ne s'arrêteront point là.

Agréez l'expression de ma haute considération.

MALGAIGNE.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, *par l'iodure de potassium, la digitale, l'opium et le bi-carbonate de soude combinés;* par M. le docteur BOGROS, *de Château-Chinon.*

M. Bogros signale aux praticiens un traitement nouveau du rhumatisme qu'il regarde comme très-efficace. « Je possède, dit-il, cinq observations de rhumatismes aigus pyrétiques et généralisés, dont la durée moyenne n'a jamais dépassé huit jours. » Ces observations étant au fond à peu près semblables, il se borne à publier la suivante :

OBS. — Le 23 juin dernier, je suis appelé auprès de madame P..., de Paris, venue la veille pour voir son enfant en nourrice, à 12 kilomètres de la ville. Cette dame fait à pied un trajet de 2 lieues environ par une pluie incessante, et, en arrivant, elle est prise de frissons, de courbature et de mal de gorge. — Le jour de ma visite, la fièvre est vive, la peau brûlante, les amygdales un peu rouges et tuméfiées; la courbature persiste; mais la douleur n'a pas de siége déterminé. Craignant le développement d'une angine scarlatineuse, qui règne épidémiquement dans les environs, je prescris : bains de pieds sinapisés, gargarismes avec hydrochlorate d'ammoniaque, etc.

Le lendemain 24, le mal de gorge a disparu, mais la fièvre a augmenté, et les articulations des membres inférieurs, depuis l'extrémité des pieds jusqu'aux hanches, sont douloureuses au point de rendre tout mouvement impossible. Le coude, le poignet de la main droite, et toutes les articulations des doigts du même côté sont rouges, tendues et extrêmement douloureuses ; les articulations cervicales sont elles-mêmes envahies, le bras gauche seul est à peu près libre. Il existe, en outre, des palpitations violentes qui gênent beaucoup la malade. Les battements du cœur sont tumultueux et un peu sourds, mais sans bruits anormaux; le pouls est à 96, large et plein; la peau est disposée à la transpiration.

Je prescris le traitement complexe qui m'a toujours réussi dans des cas aussi graves.

Pr. :	Eau de tilleul.....	150 gram.
	Iodure de potassium..	4
	Teinture de digitale...	2
	Sirop de morphine....	32

F. S. A. une potion qui doit être prise par cuillerées à bouche, de trois en trois heures; en même temps, la malade fait usage d'une infusion de tilleul, à laquelle on ajoute 4 grammes de bi-carbonate de soude par litre, et on pratique sur les membres des embrocations avec un mé-

lange à parties égales de baume tranquille et d'huile camphrée.

Le lendemain 25, les jointures des genoux et des pieds sont moins douloureuses, les mouvements deviennent tolérables ; il en est de même pour le bras droit ; mais toutes les articulations des doigts, du poignet, du coude et de l'épaule gauche sont prises au même degré que les autres membres l'étaient la veille. Le pouls est tombé à 70; les palpitations sont moins fortes. Même prescription.

Le 26, les articulations primitivement occupées sont à peu près libres ; les mouvements sont toujours difficiles, plutôt en raison de la roideur que de la douleur des jointures ; mais le bras gauche, surtout le poignet et les doigts, sont toujours pris au même degré. Le pouls est à peu près à son rhythme normal.

Le 27, le mieux continue, toutes les articulations sont débarrassées ; les battements du cœur ont complétement cessé sans laisser de traces ; la fièvre est tout à fait tombée. Sans la raideur, qui persiste aux hanches et aux genoux, la malade pourrait marcher.

Le 28, la malade se lève ; les forces sont conservées au point qu'elle peut me reconduire du lit à la porte ; l'appétit est assez vif pour que je le modère. La figure est bonne et naturelle, l'état général on ne peut plus satisfaisant.

Le 30, je regarde la guérison comme définitive et je suspends le traitement.

Ainsi, voilà un rhumatisme aigu et général, guéri complétement en moins de huit jours par un traitement simple, qui n'a pas même laissé après lui de convalescence.

Dans les quatre autres observations que je possède, la maladie fut définitivement jugée au bout d'un temps aussi court, et cela parce que les malades, traités en ville et surveillés par moi, ne purent commettre d'imprudences. Il n'en fut pas de même chez madame P...

Du 29 juin au 4 juillet, la malade va assez bien pour se promener dans la campagne, et se croit assez forte pour oublier mes recommandations. Le 4, après une course d'une lieue environ par une chaleur excessive, madame P..., ayant chaud, fait usage de l'eau d'une fontaine glacée qui se trouve sur son chemin ; immédiatement après, elle est prise d'un frisson violent, et dans la soirée les articulations tibio-tarsiennes sont de nouveau envahies.

Par suite d'un malentendu, je ne peux revoir la malade que le 7 juillet au matin, et je la trouve absolument dans le même état que lors de sa première attaque. Je prescris le même traitement ; le mal suit la même marche, et le 12 tout est de nouveau complétement terminé. — Madame P... part pour Paris trois semaines après parfaitement rétablie.

« Le traitement que je propose, ajoute l'auteur, n'est pas nouveau, sans doute. Chacun de ses éléments a été employé isolément avec plus ou moins de succès ; mais personne, que je sache, n'a employé l'iodure de potassium, la digitale et le bi-carbonate de soude à cet état complexe, auquel je dois peut-être les bons résultats que j'en ai obtenus.

« Je dois ajouter que je n'ai jamais vu survenir, sous l'influence de l'iodure de potassium à la dose indiquée, les accidents du côté de certaines muqueuses signalés par les auteurs.

« Quant à l'endocardite, cette épée de Damoclès suspendue sur tout rhumatisant, et que les saignées ne parviennent pas toujours à détourner, je n'ai jamais vu le cœur devenir le siége de cette redoutable complication. Dans les cinq cas traités par ma méthode, et où jamais une saignée n'a été pratiquée, j'ai toujours, je puis le dire, porté mon attention la plus scrupuleuse sur cet organe.

« Le nombre des observations à l'appui du traitement que je propose est sans doute trop restreint pour sembler concluant ; mais l'expérience peut en être facilement tentée, surtout par les médecins de province, que le mauvais vouloir ou la pauvreté de leurs clients mettent dans l'impossibilité d'employer soit les

saignées réitérées, soit le sulfate de quinine à haute dose. »

(*Journ. des Conn. médico-chir.*)

DES ARTICULATIONS LE PLUS SOUVENT AFFECTÉES PAR LE RHUMATISME ; *par* M. MACARIO.

Quelles sont les articulations que le rhumatisme attaque le plus souvent? Attaque-t-il indifféremment et sans ordre toutes les jointures? M. Monneret avait déjà abordé cette question dans sa thèse pour le concours de pathologie médicale ; M. Macario essaie aujourd'hui d'y répondre avec ses propres observations.

Il a donc dressé d'abord les tableaux suivants, relatifs au côté du corps et ensuite aux membres affectés.

Côtés du corps affectés.

Droit exclusivement	0
Gauche exclusivement	1
Droit et gauche simultanément	26

Membres affectés.

Supérieurs exclusivement	1
Inférieurs exclusivement	5
Supérieurs et inférieurs simultanément	21

Recherchant ensuite les articulations affectées pendant la durée du rhumatisme, il les a trouvées ainsi affectées dans trente-et-un cas :

Articulation de la mâchoire.

Droite.... 0 — Gauche	1

Articulation sterno-claviculaire.

Droite.... 1 — Gauche	0
Les deux	2

Articulation de l'épaule.

Droit.... 3 — Gauche	1
Les deux épaules simultanément ou presque	7

Articulation du coude.

Droite.... 1 — Gauche	1
Les deux coudes	8

Articulation du poignet.

Droite.... 2 — Gauche	1
Les deux poignets	10

Articulations des doigts.

De la main droite	1
De la main gauche	1
Des deux mains	8

Articulation de la hanche.

Droite.... 0 — Gauche	4
Les deux hanches simultanément	10

Articulation du genou.

Droite.... 2 — Gauche	0
Les deux genoux	27

Articulation du cou-de-pied.

Droite. .. 1 — Gauche	1
Les deux cou-de-pieds	18

Articulation de tous ou de la plupart des orteils.

Du pied droit	2
Du pied gauche	1
Des deux pieds	6
Du gros orteil seul	1

Comme on le voit d'après ce tableau, il est rare dans les articulations qu'il n'y en ait qu'une de prise. En général, si elles ne le sont pas toutes les deux en même temps, celle qui ne l'est pas ne tarde pas à se prendre, en vertu de cette loi de synergie ou de sympathie, comme on voudra l'appeler, et que l'observation clinique constate et vérifie tous les jours. En effet, il est très-rare de voir l'amaurose, la cataracte, la cophose ou l'engorgement testiculaire n'affecter qu'un seul œil, qu'une seule oreille ou qu'un seul testicule. L'isolement est ici une exception et la simultanéité la règle. Cette règle est également vraie pour le rhumatisme articulaire, quoiqu'on ne puisse pas saisir les liens, les rapports qui existent entre le genou droit et le genou gauche, par exemple, aussi facilement que ceux des deux yeux, des deux oreilles ou des deux testicules.

En résumé, les articulations affectées sont, par ordre de fréquence :

1° Le genou ;
2° L'articulation tibio-tarsienne ;
3° L'articulation coxo-fémorale ;
4° L'articulation du poignet ;

5° Les articulations du coude et des doigts ;

6° Les articulations des orteils ;

7° L'articulation de l'épaule ;

8° L'articulation sterno-claviculaire ;

9° Les articulations de la mâchoire et du gros orteil.

(*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE PAR L'OXYDE DE ZINC ; par M. HERPIN.

Des nombreux médicaments essayés par M. Herpin, l'oxyde de zinc est celui dont il a fait le plus grand usage et dont il a eu le plus à se louer.

Ce n'est pas, tout le monde le sait, un médicament nouveau dans le traitement de l'épilepsie que l'*oxyde de zinc*. Introduit dans la science par Gaubius, qui découvrit le secret d'un charlatan qui exploitait ce remède dans les maladies convulsives, l'oxyde de zinc n'a pas cessé, dès lors, de compter en sa faveur des autorités aussi nombreuses qu'importantes. Parmi les médecins de ce siècle, Odier le range au deuxième rang, après la valériane, avant l'ammoniure de cuivre et le nitrate d'argent ; Hufeland le place à la tête des spécifiques anti-épileptiques. Quoi qu'il en soit, M. Herpin a administré l'oxyde de zinc dans 44 cas appartenant à trente-huit individus. Sur ce nombre, il est deux malades chez lesquels l'influence du zinc est restée douteuse, les médications ayant été mélangées. Restent donc 42 cas, sur lesquels notre honorable confrère a obtenu 28 succès, ou 66 pour 100. Mais nous devons ajouter que la maladie ne présentait pas toujours le même degré de gravité. En effet, dans ces 42 cas, 31 sont rangés par M. Herpin dans les cas à pronostic favorable, 5 dans les cas à pronostic peu favorable, 6 dans les cas à pronostic défavorable. (M. Herpin a pris surtout, pour base du pronostic, la durée de la maladie et le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.) Dans la première catégorie, M. Herpin a obtenu 26 succès sur 31, ou près de 84 pour 100, tandis que, dans la seconde catégorie, la proportion des succès n'est plus que de 2 sur 3, ou de 60 pour 100, et que, dans la troisième, on ne compte plus un seul succès.

L'oxyde de zinc constitue, du reste, un remède parfaitement innocent, qui peut être donné jusqu'à 6 grammes par jour, sans autre inconvénient que des malaises passagers, et qui peut être continué impunément pendant un temps en quelque sorte illimité. Ses effets physiologiques se bornent toujours à une action légère sur le tube digestif, consistant le plus souvent chez les adultes, en nausées qui peuvent aller jusqu'au vomissement ; chez les enfants, en un peu de diarrhée. On le fait facilement tolérer sans malaises, en débutant chez les adultes par la dose journalière de 30 à 40 centigrammes en trois ou quatre prises, et par 5 à 15 centigrammes chez les enfants, puis en augmentant chaque semaine la dose journalière de 15 à 20 centigrammes chez les premiers, de 5 à 15 centigrammes chez les seconds. La forme pilulaire est quelquefois un moyen de le mieux faire supporter. Enfin, les malaises sont plus rares quand le remède est pris une heure après le repas que quand il est pris avant, et la première dose du matin est toujours celle qui incommode le plus.

Quand faut-il s'arrêter lorsque le traitement ne paraît avoir aucune influence utile sur la marche de la maladie ? Jusqu'à quelle dose totale faut-il porter le médicament quand, les crises ayant cessé, on ne le continue que pour consolider la guérison ? A ces deux questions, voici ce que répond M. Herpin : la durée du traitement a fort peu d'influence sur la suppression des accès, et c'est la quantité totale du remède employé qu'il faut prendre en considération. Dans la première année de la vie, et dans les cas les plus favorables, il faut atteindre la quantité totale de 5 grammes d'oxyde de zinc avant d'y renoncer pour

recourir à un autre remède. Après l'âge de deux ans, il faut aller jusqu'à 45 gr. dans les cas favorables, jusqu'à 125 dans les cas de pronostic peu favorable, avant d'y renoncer ; de sorte qu'une cure d'essai par l'oxyde de zinc sera, dans les cas favorables, de six semaines pour la première année de la vie, de deux mois pour les âges suivants ; dans les cas peu favorables, le traitemeut sera, à tous les âges, continué trois mois. Chez un malade dont les accès ont cédé à une cure par l'oxyde de zinc, il faut, pour consolider la guérison et prévenir les rechutes, donner encore, le plus rapidement possible et sans interruption, une quantité du remède qui dépasse celle qui avait été administrée au moment de la suppression des accès.

M. Herpin formule ainsi qu'il suit une sorte de traitement normal de l'épilepsie par l'oxyde de zinc.

Chez l'adulte, il prescrit, pour la première semaine : oxyde de zinc, 3 grammes ; sucre, 4 grammes, à partager en vingt doses ; trois par jour, une heure après chaque repas, ou 45 centigrammes par jour, approximativement. Pour peu que le remède ait été bien supporté, et surtout si les malaises ont cessé dans les derniers jours de la semaine, à la seconde prescription, il augmente de 1 gramme la dose hebdomadaire d'oxyde ; même quantité de sucre, même division, même administration. Il continue chaque semaine à augmenter ainsi de 1 gramme, jusqu'à ce qu'il ait atteint la dose hebdomadaire de 15 grammes (2 gr. 15 par jour) ; ce qui arrive, si la progression a été régulière, à la treizième semaine, c'est-à-dire au bout de trois mois. En suivant cette marche, le malade emploie 52 grammes en huit semaines (deux mois), et 132 grammes en quatorze semaines (un peu plus de trois mois). En persévérant à la même dose de 15 grammes pendant trois mois encore, M. Herpin a administré, en six mois et une semaine, 325 grammes du médicament.

Chez les enfants, comme on le comprend, la dose est réduite suivant les âges. Ainsi, de la naissance à un an, la première dose hebdomadaire est de 25 centigrammes (3 centigr. 1/2 par jour). Il augmente de 25 centigrammes par semaine, et arrive ainsi, en s'arrêtant à 3 gr. 50, comme dose hebdomadaire maximum, à avoir employé 5 gr. 25 en six semaines, 23 en trois mois, et 68 en six mois. De là à dix ans, il commence par 50 centigrammes (7 centigr. par jour), et il n'augmente que de 1/2 gramme la première semaine, puis de 1 gramme, comme dans les périodes précédentes. De dix à 15 ans, début par la dose hebdomadaire de 1 gr. chaque semaine.

L'apparition de quelques malaises au début ne doit pas empêcher de persévérer, s'ils ne sont pas trop incommodes ; dans le cas contraire, on supprime la dose du matin. Si les malaises persistent encore à la fin de la semaine, on continue sans augmentation la semaine suivante ; mais il est bien rare, soit à cette époque, soit plus tard, qu'il soit nécessaire de donner la même dose plus de deux semaines de suite. Dans les cas rares où l'on a quelque peine, en raison des effets physiologiques du remède, à vaincre la répugnance du malade, il faut administrer le zinc en pilules ; sous cette forme, à dose égale, il procure moins facilement les nausées. On peut encore, pour faciliter la tolérancee, employer, comme excipient, l'extrait de valériane. Enfin, dans les cas de grande répugnance ou de profond dégoût, on peut ajouter à la masse pulvérulente quelques centigrammes de cannelle ou de toute autre substance aromatique.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

De l'usage des fomentations de digitale dans le traitement de certaines ascites ; *par* M. Raymond Falot.

L'usage interne de la digitale en poudre n'est pas toujours sans inconvénients. Une action locale plus ou moins irritante, d'abon antes évacuations alvines accom-

pagnées de coliques, peuvent la contre-indiquer dans le traitement de certains épanchements séreux, surtout dans les cas intermédiaires entre l'exhalation simple de sérosité et la péritonite subaiguë.

D'après M. Andral, le décocté de digitale, appliqué en fomentations, est un diurétique énergique qu'on doit substituer à l'administration interne, toutes les fois qu'on a affaire à des sujets atteints d'irritation gastro-intestinale, complication assez fréquente de l'hydropisie. Bayle, Trousseau et Pidoux recommandent ce topique, toutes les fois que les nausées, la douleur épigastrique, etc., contre-indiquent l'usage interne : on évite ainsi l'action irritante sur l'estomac.

Le docteur Griolet, de Sommières, a souvent employé ce topique avec succès dans les cas particuliers dont je viens de dire un mot. Il m'en a proposé l'emploi, il y a trois ans, chez un homme de 64 ans, adonné aux boissons spiritueuses, devenu ascitique à la suite d'un brusque arrêt de transpiration. Malheureusement l'état du malade, qui jusqu'alors n'avait fait aucun traitement, était trop désespéré pour qu'on pût compter sur un résultat avantageux : il succomba au bout de quelques jours malgré l'emploi de ce moyen uni à la compression, moyen qui me paraît avoir été avantageux dans les cas suivants :

Obs. I.—Justine B..., réglée à 13 ans, d'une bonne santé jusqu'à 18, fut atteinte à cette époque d'une nécrose du menton qui donna lieu à l'extraction de quelques portions osseuses : la cicatrisation du trajet fistuleux eut lieu six mois après.

En novembre 1849 (elle avait alors 21 ans), elle fut surprise par la pluie dans la campagne, et garda plusieurs heures ses vêtements mouillés. Le lendemain, apparition d'un érysipèle facial assez intense, de dix jours de durée. (Diète et laxatifs.) Plus tard, anorexie complète, aménorrhée, amaigrissement progressif, augmentation du ventre, diminution notable de la sécrétion urinaire, teinte jaunâtre et bouffissure de la face, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements verdâtres presque tous les jours, épistaxis peu considérables mais fréquents; aucune hypertrophie des viscères abdominaux; poumons sains. Le cœur paraît normal; les deux bruits sont bien distincts et les battements sont peu sensibles à la main. Le ventre a 37 pouces au niveau de l'ombilic : matité et fluctuation; les intestins sont refoulés au-dessus de l'épanchement; son clair à leur niveau; on déplace la matité à volonté. Dyspnée et douleur assez vive au flanc droit; soif modérée; langue rouge. (*Chiendent nitré; quelques doses de calomel, pour combattre la constipation qui date de huit jours; digitale en poudre; frictions avec teinture de scille et de digitale*, ter.)

Ces remèdes, employés pendant vingt-six jours, ne produisent aucun effet. Le ventre augmente toujours de volume; les urines, toujours rares et colorées, donnent un dépôt blanc, albumineux, par la chaleur et l'acide nitrique. La digitale est suspendue à cause des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée qui épuisent la malade. Paracentèse le 11 février 1850, avant que les parois de l'abdomen ne soient trop distendues. Extraction de 12 litres d'une sérosité verdâtre, mousseuse, inodore, précipitant en blanc, comme les urines, par l'acide azotique. (*Dérivation sur le tube digestif au moyen du calomel; fomentations avec des compresses trempées dans la décoction de feuilles de digitale, recouvertes de taffetas ciré pour rendre l'évaporation plus difficile : 60 grammes pour un litre d'eau, réduire à un demi-litre; compression méthodique; analeptiques.*) Le lait est le seul aliment bien supporté. Il se fait un véritable flux d'urines qui dure plusieurs jours, et qui concourt sans doute à assurer la guérison. Il y avait un certain embonpoint dans les premiers jours du mois de juin : avant cette époque l'émaciation était considérable.

Le 20 août dernier, j'ai été appelé de nouveau. Cette fille se trouvait dans d'assez bonnes conditions de santé; la menstruation avait reparu depuis huit mois : les fonctions se faisaient très-bien. Le 1er août, ayant accompagné ses sœurs à la rivière, elle était restée quelques heures les jambes dans l'eau. Bientôt après, courbature, suppression des règles et de la sueur des pieds; symptômes de péritonite, tels que vomissements incessants pendant quarante heures; pouls à 95, petit et serré; sensibilité extrême du ventre s'exaspérant par la pression et les mouvements, etc. (*Bains tièdes prolongés; limonade froide par cuillerées.*)

Ces accidents inflammatoires, assez promptement dissipés, firent place à une distension du ventre, à l'infiltration des extrémités inférieures; en un mot, à un épanchement ascitique, analogue sous le rapport étiologique à l'hydropisie dont elle fut atteinte il y a deux ans. La susceptibilité excessive de l'estomac ne permit pas longtemps l'emploi du nitre et de la digitale à l'intérieur, malgré les précautions requises. Les fomentations de cette plante, unies à une compression modérée, amenèrent la résorption du liquide dans l'espace d'un mois. J. B... ne conserve aujourd'hui de ses souffrances qu'une sensation de tiraillement abdominal, qui lui fait éprouver une douleur obtuse lorsque, dans la marche, elle néglige d'incliner un peu la moitié supérieure du tronc en avant.

Obs. II. — H....., 8 ans, assez fort, atteint depuis un mois d'une fièvre tierce, avala un litre d'eau froide dans la période de chaleur, en novembre 1850. (Il avait depuis quelques jours le ventre empâté et un léger engorgement de la rate.) A la suite de cette imprudence, il éprouva pendant trois jours de vives douleurs abdominales et des vomissements excessifs qui firent craindre pour sa vie. (*Glace; calomel qui causa une salivation assez forte.*) Vingt-deux jours après il était sur pied.

Le 8 octobre, je revisset enfant. Il n'avait plus d'accès de fièvre, la rate avait diminué de volume; mais il y avait une assez grande quantité de liquide dans le ventre et de l'œdème aux extrémités inférieures. Langue rouge, sèche, pointue et couverte, ainsi que la bouche, de petites ulcérations aphtheuses; soif vive et vomissements fréquents : le lait coupé avec l'orge était seul supporté; le sirop et la poudre de digitale furent rejetés à plusieurs reprises; les fomentations furent employées avec persévérance pendant une vingtaine de jours, et l'épanchement disparut. La transpiration cutanée parut considérablement augmentée ainsi que la diurèse, sous l'influence de ce moyen.

Obs. III.—A..., 50 ans, lymphatique constitution médiocre, dit avoir été malade pendant six mois, à la suite d'une suppression de transpiration, occasionnée par un séjour prolongé dans l'eau, il y a une vingtaine d'années. Quelques mois après, il fut atteint d'une varioloïde intense, qui lui laissa une ophthalmie de trois mois de durée.

Ayant assisté à une chasse aux macreuses, en novembre 1851, il resta une journée entière les pieds dans l'eau, et fit à pied un trajet de quatre lieues pour revenir chez lui. Frissons suivis de douleurs abdominales qui, partant de l'ombilic, ne tardèrent pas à devenir générales; ventre ballonné et douloureux à la pression; décubitus dorsal; pouls faible et condensé, à 98; face exprimant la souffrance; nausées et vomissements jaunâtres; soif vive, langue blanchâtre et assez humide. (20 *sangsues au pourtour de l'ombilic; fomentations émollientes; potion de Rivière; limonade froide concentrée, par cuillerées, et plus tard glace à l'intérieur.*)

Cet état dura huit jours, et ne se dissipa qu'après l'emploi des frictions mercurielles et du calomel, qui produisirent une salivation longue et fatigante. Un mois après, convalescence pénible; peu d'appétit; décoloration des muqueuses; peau sèche; urines rares, affaiblissement con-

sidérable, constipation, digestions laborieuses : les aliments et les boissons accroissent la gêne du ventre, douloureux à la pression ; la percussion fait entendre un son mat, sensible surtout à la région hypogastrique et vers les flancs.

Le 28 novembre, l'ascite devint considérable, et l'infiltration finit par gagner le reste du corps. (*Séjour au lit ; lait et un peu de bouillon de viande ; fomentations avec une forte décoction de feuilles de digitale.*)

Sous l'influence de ce topique seul (le malade ne pouvant supporter aucune autre administration), les urines augmentèrent à vue d'œil ; la circonférence du ventre, qui était de 40 pouces, diminua de 3 pouces au bout de cinq jours ; la transpiration cutanée reparut insensiblement, et dans les premiers jours d'avril 1852, l'épanchement avait complétement disparu.

Mon intention n'est pas d'exagérer les effets de la digitale en fomentations dans la guérison des malades dont j'ai rapporté les observations ; j'ai cru voir et j'ai voulu faire remarquer la coïncidence qu'il y a entre son application et l'amendement des symptômes. Il me semble possible de tirer de ces faits cette conclusion, que la méthode endermique présente, dans certains cas d'hydropisie, de grands avantages sur l'administration de la digitale sur l'estomac.

J'ajouterai que, pour être sûr de l'effet de ces feuilles, on ne doit pas employer celles qui ont été cueillies depuis plus d'un an : après ce laps de temps, elles ont perdu beaucoup de leur efficacité. (Trousseau et Pidoux.)

(*Revue thér. du Midi.*)

DE L'EMPLOI DU SUCRE CANDI DANS LES LÉGÈRES IRRITATIONS GASTRIQUES OU FAIBLESSES DIGESTIVES DE L'ESTOMAC ; *par* M. PLOUVIEZ, *de Lille.*

La pratique offre souvent de ces affections gastriques contre lesquelles nos ressources thérapeutiques viennent échouer ; ainsi, il arrive qu'un remède guérit incontinent, et, s'il y a rechute, il n'a plus d'action. C'est, du reste, ce que l'on voit pour une foule d'autres moyens. Nous ne voulons pas parler des cas graves, instantanément violents, contre lesquels on est parfois forcé d'en venir de suite à une médication prompte et énergique, à l'opium et aux sels de morphine, par exemple. Nous voulons tout simplement dire quelques mots de ceux qui se présentent chez des personnes délicates nerveuses, dont les digestions sont difficiles, qui éprouvent des douleurs, de la gêne avant ou après le repas. Le moyen dont nous faisons usage avant d'en venir à tout autre est le *sucre candi*, employé comme nous le dirons en citant deux faits à l'appui de nos réflexions.

1° Une dame de vingt-neuf ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, mariée à vingt-deux ans, éprouvait depuis plusieurs années, des pesanteurs, des tiraillements, et parfois de vives douleurs d'estomac. Cet état maladif augmentait l'hiver par suite de la fatigue des bals, des soirées. Les indispositions lui venaient après ou dans l'intervalle des repas. Elle prit longtemps des infusions de thé, de menthe, des potions antispasmodiques, etc., et rarement avec succès ; elle prétendait même que toutes ces boissons la gonflaient et augmentaient son malaise. Depuis que nous lui avons conseillé de prendre quelques morceaux de *sucre candi* aussitôt qu'elle est souffrante et de les sucer jusqu'à leur entière dissolution, elle se soulage à l'instant ; les digestions se font mieux, et elle s'en trouve également bien hors des repas.

2° Une autre dame, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, mariée à vingt-trois ans, fit une maladie des plus graves des suites de sa première couche, et resta faible depuis cette époque (quatre ans). Les digestions étaient très-pénibles, quoique l'appétit fût bon : beaucoup de moyens thérapeutiques ont été employés sans succès ; le *sucre candi seul*, jusqu'ici, lorsqu'elle souffre, calme ses douleurs.

Nous bornerons là nos citations qu'il est inutile de multiplier, les faits de ce genre pouvant d'ailleurs se vérifier journellement.

Le sucre candi employé dans les circonstances dont nous venons de parler, ne peut cependant pas être considéré comme remplissant à lui seul l'office d'un digestif; mais il est probable que par sa dissolution dans sa salive et le mucus buccal, il favorise des réactions chimiques utiles aux changements organiques de quelques aliments. Voici comment s'exprime M. Mialhe à propos du mélange du sucre à la magnésie, explications qui pourraient peut-être bien s'appliquer à la question que nous agitons : « Ce corps, dit-il (le sucre), se transforme dans l'estomac, en tout ou en partie, en acide lactique, lequel agit sur la magnésie de concert avec l'acide hydrochlorique contenu dans le suc gastrique, la rend soluble et par conséquence active. »

M. Blondlot prétend, au contraire, que le sucre n'est pas altéré par le suc gastrique ni dans l'estomac, ni hors de ce viscère. Chossat dit qu'il aide, tantôt à la formation de la bile, tantôt à celle de la graisse. On voit par là qu'on est aussi peu d'accord sur les réactions du sucre que sur celles de la salive. Ce que l'on sait positivement pour le premier, c'est qu'il éprouve deux sortes de métamorphoses sous l'influence de certaines matières organiques, la formation alcoolique et la formation lactique.

D'après ces seules données, il est difficile, dans l'état actuel des choses, et au milieu d'opinions si diverses et si contradictoires sur les propriétés du sucre, et le rôle que la salive joue dans l'acte digestif, de donner l'explication de leurs transformations et de leurs réactions dans les dissolutions dont nous venons de parler.

Que le sucre ait seul la propriété d'être digestif, que ce soit la salive ou que ce soit à la réunion de ces deux agents, réunion donnant peut-être encore lieu à des produits nouveaux, en contact avec les fluides de l'estomac, le fait de l'obtention du calme dans les cas dont il s'agit, est trop fréquent pour ne pas être pris en considération.

Le sucre blanc n'a pas le même effet, il dessèche la bouche et la gorge, et la sécrétion salivaire est infiniment moindre. On ne doit donc pas être surpris que M. Londe le trouve plus nuisible qu'utile aux personnes qui offrent des symptômes de gastralgie. Dissous dans l'eau, il ne réussit pas davantage; ce qui tient à ce que les boissons aqueuses sont dans ces circonstances mal supportées. Il est vrai que le sucre candi employé comme nous venons de le dire, n'est, la plupart du temps, qu'un palliatif; mais parce qu'il faut y revenir sans cesse, en est-il moins précieux pour cela?

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

Chirurgie.

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE TRÈS-COMPLIQUÉ OPÉRÉ AVEC SUCCÈS; *par* M. BONNAFONT.

Cette observation a été communiquée à l'Académie, et, soit à raison du procédé suivi, soit à cause du résultat obtenu, mérite d'être rappelée avec quelques détails.

M. Bonnafont fut appelé, au mois de juin dernier, par M. Vaillant, inspecteur du Conseil de santé des armées, pour aller visiter son enfant qui venait de naître avec un bec-de-lièvre double ou bi-latéral. Les deux fentes étaient séparées entre elles par un tubercule osseux formé par l'os incisif, et se continuaient en arrière jusqu'au pharynx, confondant ainsi la cavité buccale avec les fosses nasales, entre lesquelles se trouvait pourtant le vomer. Le tubercule antérieur, repoussé et déjeté en avant par le bord

inférieur de la cloison nasale, de forme triangulaire, s'implantait par son pédicule au bout du nez, et avait une direction telle, que si les quatre dents incisives avaient poussé dans ces conditions, leur direction eût été d'arrière en avant et de bas en haut. Le nez, fortement aplati, était presque effacé; le tubercule médian était recouvert par un petit lobule charnu, long d'environ 5 millimètres, et large de 3 à 4, de forme légèrement triangulaire, dont la base se confondait avec le haut du nez. La fente palatine entre le bord alvéolaire des deux maxillaires, avait 12 millimètres de large, et à distance du bord alvéolaire du tubercule, au même point de l'angle maxillaire, était de 10 millimètres. A la région de la luette, la fente avait au moins 15 millimètres.

Sur l'avis de M. Vaillant et celui de M. P. Guersant, appelé en consultation, l'opération immédiate fut résolue. M. Bonnafont se trouvant pour la première fois en présence d'un fait chirurgical de ce genre, ne pensa pas qu'on pût songer à enlever le tubercule osseux et médian avant d'avoir tenté par tous les moyens possibles sa réduction dans la bouche, afin de combler ainsi le vide énorme que doit laisser son excision, et dont les inconvénients peuvent se traduire par l'absence de tout soutien de la lèvre, le raccourcissement plus grand de la mâchoire, et enfin une plus grande déformation du visage.

C'est afin d'éviter ces inconvénients qu'il proposa, comme seul moyen d'obtenir la réduction du tubercule dans la fente palatine : 1° d'exciser un fragment triangulaire du vomer au moyen de deux incisions obliques; 2° de réduire ensuite le tubercule et de le maintenir dans cette position à l'aide d'un appareil compresseur à deux pelotes pressant sur les joues, et présentant deux crochets destinés à fixer une petite lanière de caoutchouc vulcanisé, dont le plat appuyant sur le tubercule, aurait le double avantage de le maintenir réduit, et par ses attaches sur les pelotes, d'aider leur action sur les maxillaires en les rapprochant, et tendant ainsi à diminuer la fente palatine.

« L'enfant, dont le corps fut enveloppé d'une large serviette, tenu entre les cuisses d'un aide, la tête fortement renversée en arrière, nous fîmes, à l'aide d'une pince incisive, à tranchant court et oblique de bas en haut et d'arrière en avant, une section à la cloison naso-buccale, de 15 millimètres de long, en commençant du niveau des angles alvéolaires du maxillaire supérieur; puis avec une autre pince à lame droite nous coupâmes la même cloison immédiatement derrière le tubercule, et directement de bas en haut, jusqu'à la rencontre de l'angle supérieur de la première section; saisissant aussitôt le fragment compris entre ces deux sections, nous l'enlevâmes en incisant, avec de petits ciseaux, une portion de la muqueuse qui le retenait encore à l'angle supérieur. Cette portion osseuse enlevée, le sang coulait en abondance; mais sans hésiter, et suivant en cela l'exemple de M. Guersant, nous portâmes tout de suite un bouton de fer rougi à blanc sur toute l'étendue de la petite plaie, et nous nous rendîmes aussitôt maître de l'hémorragie. Mais malgré la promptitude de tout ce temps de l'opération, le sang était sorti en assez grande abondance pour engouer la gorge et produire des caillots dans la bouche, qu'il fallut extraire avec des pinces ou avec les doigts; la bouche fut ensuite bien détergée avec des injections d'eau froide; et lorsque nous fûmes bien certain que l'hémorragie avait cessé et ne pouvait donner aucune inquiétude, nous procédâmes à la réduction du tubercule osseux; mais auparavant, et dans l'espoir de bien faire contracter des adhérences avec les maxillaires, nous rafraîchîmes, avec des pinces incisives, chacun des côtés du tubercule osseux, ainsi que l'angle correspondant des maxillaires. Cette précaution prise, il devint facile, au moyen d'une pression légère, d'abais-

ser le tuberculé, de le ramener dans l'intervalle des maxillaires, et de les placer en contact immédiat les uns des autres. L'appareil compresseur à doubles pelotes, que nous avions fait faire exprès, fut appliqué, et pendant que les deux pelotes exerçaient une pression favorable sur chaque joue, le petit ruban de caoutchouc fixé à chacune d'elles, passant sur le tubercule médian dans une direction verticale, servait à le maintenir dans cette position. Cet appareil est resté ainsi pendant vingt jours; ce temps a été nécessaire pour obtenir la réduction complète du tubercule, et pour vaincre surtout ses tendances à reprendre sa position anormale.

« Pendant cette compression de vingt jours, le lobule labial s'était allongé, et le nez, dont la proéminence se dessinait à peine, avait acquis plusieurs millimètres de saillie, avantage incontestable résultant de cette compression. Après nous être assuré que le tubercule osseux n'avait plus de tendance à se porter en dehors et à reprendre plus ou moins son ancienne position, nous procédâmes, en présence et avec l'aide de nos confrères, à l'opération définitive. Pendant que la tête de l'enfant était maintenue solidement, je disséquai, comme MM. Velpeau et Philipps le conseillent, les lèvres et les ailes du nez; cela étant fait, en deux coups de ciseaux j'avivai les bords des lèvres, et immédiatement j'appliquai à la base du nez une grande serre-fine, que M. Paul Guersant a substituée avec avantage à l'épingle proposée par M. Philipps; cet instrument mis en place, et les ailes du nez fortement rapprochées, le tubercule labial fut avivé au moyen de deux incisions obliques, qui le faisaient terminer en pointe destinée à être mise en rapport avec les bords de la lèvre.

« Nous procédâmes ensuite à la réunion des lèvres; pour cela, une première épingle fut placée près du bord inférieur, afin de les mettre bien en rapport; une deuxième épingle fut placée à la partie supérieure, saisissant dans son passage l'extrémité inférieure du lobule médian, comme nous venons de le dire. Le tout fut maintenu au moyen de petites lanières de caoutchouc, selon la méthode de M. Rigal de Gaillac, afin de neutraliser surtout le tiraillement des joues sur la plaie, qui est une cause puissante d'insuccès. L'appareil à double pelote fut réappliqué, ainsi que la bandelette de caoutchouc qui recouvrait toute la plaie. Le pansement ainsi appliqué, il devenait impossible que les cris de l'enfant, si à redouter dans ce cas, ni aucun autre mouvement pussent se faire ressentir sur la plaie. La serre-fine fut retirée au bout de trois jours, l'épingle supérieure le quatrième, et l'épingle inférieure le sixième. Les bords de la plaie paraissaient bien réunis; mais dans la crainte d'un décollement, nous avons laissé, comme Dupuytren, le fil en place encore trois jours, et maintenu avec la même sévérité l'appareil pendant quinze jours, et cela afin d'éviter les accidents signalés par tous les chirurgiens, et notamment par M. le professeur Malgaigne, qui a vu le décollement s'opérer plusieurs jours après l'opération.

« Bien que ce résultat de notre opération soit très-satisfaisant, il ne répond pas entièrement à notre attente; ainsi le mouvement de rotation du tubercule osseux à droite a entraîné le lobule charnu et l'a dégagé de l'épingle, de sorte qu'il n'a pu contracter d'adhérence avec le bord supérieur de la lèvre; mais il sera facile, plus tard, d'obvier à ce léger inconvénient. Le nez a repris sa forme et ses dimensions normales; seulement, le tubercule médian, par le mouvement de bascule en haut et en dedans, a diminué les ouvertures nasales. Quant au tubercule lui-même, fortement serré entre les maxillaires, il a pris une position tout à fait immobile, mais deux dents seulement, au lieu de quatre, rempliront cet espace; c'est là, du reste, un avantage incontestable de ce procédé sur ceux qui proposent l'excision du tubercule. »

« La nourriture de l'enfant nous embar-

rassa beaucoup le premier jour, toute succion étant impossible. Après avoir vainement essayé le sein de quelques nourrices, que l'enfant ne pouvait saisir, nous composâmes un biberon avec le petit sabot en porcelaine imaginé par notre ingénieux confrère, M. Blatin, pour faire boire les personnes très-malades, et nous y ajustâmes une tétine de vache, dont la longueur, traversant toute la bouche, versait par sa petite ouverture le lait dans l'arrière-gorge. Le liquide, tombant ainsi directement dans le pharynx, était avalé instantanément, et une bien faible quantité revenait dans les fosses nasales. Nous ajouterons que, pour faciliter la déglutition, sans gêner la respiration, on avait soin de ne faire couler le liquide que par intervalles. Ce mode d'allaitement a si bien réussi, que l'enfant, au lieu de dépérir pendant tout le temps qu'il a été sous l'influence d'un traitement aussi long et aussi pénible, a toujours pu boire, et sa petite constitution, qui a été sans cesse en s'améliorant, témoignait des bénéfices qu'elle retirait de cette alimentation artificielle. »

M. Bonnafont termine sa communication par les conclusions suivantes :

« Des considérations qui précèdent, nous pouvons conclure : 1° que le bec-de-lièvre double et très-compliqué peut et doit même être opéré à une époque rapprochée de la naissance, avec autant de chances de succès que le bec-de-lièvre simple;

2° Que pour atteindre ce résultat, nous pensons qu'il est indispensable de faire l'opération en deux temps, et en suivant le mode opératoire que nous avons mis en usage;

3° Que la conservation du tubercule médian, réduit d'après notre procédé, présente des avantages incontestables, dont les principaux sont de rendre le raccourcissement de la mâchoire supérieure moins difforme, puisqu'il placera au moins deux dents canines dans la fente maxillaire; de présenter un point d'appui à la lèvre, de faciliter sa réunion, et de protéger sa consolidation; d'aider puissamment au redressement du nez, et enfin de rétablir, ou tout au moins de faciliter le mouvement de succion de l'enfant. »

OBSERVATION DE HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE *et opérée avec succès ;* par Henry OBRÉ.

Les hernies par le trou obturateur sont déjà rares par elles-mêmes ; mais l'opération du débridement est bien plus rare encore, puisque ni Boyer, ni A. Cooper n'en connaissaient d'exemple. Il n'est donc pas besoin de relever l'importance du fait qu'on va lire.

OBS. — Mistriss W..., taille élevée, constitution faible, âgée de 55 ans, mère d'une nombreuse famille, fit appeler M. Gardener, le 18 février 1851 au soir, pour des nausées et des douleurs qu'elle éprouvait dans l'abdomen. Un purgatif fut administré. Le lendemain matin, M. Gardener, ne trouvant point d'amendement, s'informa si elle n'avait pas eu de hernie : la réponse fut négative.

Le 20, loin de s'améliorer, les douleurs abdominales s'étaient accrues et s'accompagnaient de vomissements. M. Gardener explora le ventre, ne trouva aucun indice de hernie ordinaire, ni aucun signe d'obstruction mécanique. Mais, un peu au-dessous de la région crurale droite, il découvrit une certaine dureté, semblable à une petite glande de la grosseur d'une fève, et profondément située. Il renouvela cet examen avec M. Robinson; mais il ne parut découvrir autre chose qu'un empâtement général de la partie supérieure et antérieure de la cuisse par-dessus la tumeur profonde déjà indiquée. Ils inclinèrent à croire qu'une portion de l'intestin était étranglée.

Le 21, M. Obré vit la malade avec M. Gardener : elle accusait une douleur extrême dans la région ombilicale, et, pendant les douze heures précédentes,

les vomissements étaient devenus incessants et de nature stercorale. La face était pâle et contractée, la voix brisée, le pouls faible, petit, avec une intermittence à la troisième ou quatrième pulsation ; enfin, elle offrait tous les symptômes d'une mort imminente par étranglement herniaire. M. Obré, en explorant d'abord le ventre par-dessous la couverture, satisfaction donnée à la pudeur anglaise, ne trouva rien à la surface, et était prêt à conclure à un étranglement interne. lorsque M. Gardener ayant appelé son attention sur la petite tumeur déjà décrite, il mit résolument à nu la partie supérieure des deux cuisses, et aperçut un léger soulèvement dans le triangle de Scarpa du côté droit.

Sur l'autre cuisse, le triangle était parfaitement dessiné avec une dépression descendant plus bas que son centre, tandis que cette dépression n'existait plus sur le membre malade, où toute cette partie était visiblement plus renflée que de l'autre côté. Le gonflement n'était pas circonscrit ; mais, en exerçant une forte pression avec le bout des doigts au voisinage de l'artère fémorale et un peu au-dessous de l'orifice de la saphène, on sentait distinctement une dureté de peu d'étendue, comme si la gaîne des vaisseaux avait résisté sous les doigts.

La malade affirmait toujours qu'elle n'avait jamais eu de hernie; enfin, pressée de questions, elle convint qu'elle avait éprouvé un peu d'incommodité et de douleur dans le membre droit dans la quinzaine précédente, ce qu'elle attribuait à l'engorgement de deux petites glandes vers l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse, accompagné de douleur dans la partie, qui l'avait obligée à tenir ce membre en repos. Les fonctions des intestins avaient été irrégulières pendant le même temps.

En considérant mûrement le danger de la situation, on jugea à propos de mettre à nu la tumeur par une incision, dans l'espoir de rencontrer l'intestin étranglé dans la profondeur du canal crural. M. Obré fit donc une incision rectiligne dans le triangle de Scarpa, comme pour la ligature de l'artère fémorale, commençant à environ 3 pouces au-dessous du ligament de Poupart. Le fascia cribriforme fut divisé et l'ouverture de la saphène mise à nu; alors on éprouva un peu de désappointement en n'y trouvant aucune hernie. L'index pouvait alors distinctement sentir la tumeur, située plus profondément au bord interne de cette ouverture ; la dissection fut reprise et continuée avec d'autant plus de difficulté que la veine saphène traversait une partie de la plaie, aussi bien que quelques rameaux du nerf crural antérieur; le pectiné fut mis à découvert du côté interne de la plaie, qu'il fallut nécessairement allonger; les fibres extérieures du muscle dégagées des tissus voisins, et coupées transversalement dans l'étendue d'environ 1 pouce 1/2 ou 2 pouces. A ce moment, l'opérateur ayant écarté avec son doigt un peu de tissu cellulaire, vit tout à coup apparaître une portion d'intestin, enveloppée d'un sac herniaire, et retenue encore par les autres muscles qui l'entouraient. Lorsqu'on l'eut dégagé, il s'éleva immédiatement dans la plaie distendue par des gaz, de façon à offrir la grosseur d'un œuf de pigeon. La nature de la hernie fut alors reconnue car le doigt, avec quelque difficulté provenant de la profondeur où il était situé, arriva, en suivant l'intestin hernié, jusqu'au trou obturateur qui lui avait livré passage.

La petite circonférence du trou et les os voisins furent examinés par les deux chirurgiens : les symptômes de l'étranglement ayant duré trois jours, on jugea prudent d'ouvrir le sac qui contenait une portion du petit intestin bleu et congestionné ; et quoique l'ouverture à travers laquelle il avait passé n'embrassât pas étroitement son col, on crut devoir diviser son bord légèrement, pour éviter la difficulté qu'on aurait éprouvée à replacer l'intestin sans le comprimer pour expulser les gaz ; la profondeur ex-

trême de l'incision, ajoutée à la courbe que l'index était obligé de décrire pour servir de guide à un bistouri à pointe mousse pour le débridement, fut trouvée la plus difficile partie de l'opération, aussi bien que la nécessité d'éviter divers vaisseaux et nerfs importants qui se trouvaient sur le trajet du scalpel. Malheureusement la saphène, n'ayant pas été bien écartée, fut ouverte dans le débridement; et, vu l'extrême profondeur où l'on opérait, on eut à se féliciter de n'avoir pas produit de plus grand malheur. L'intestin, ainsi que le sac, ayant été replacés, on éprouva quelque difficulté pour lier le bout supérieur de la saphène qui seul donnait du sang. Il n'y eut pas d'autre ligature à faire; la plaie fut réunie à l'aide des bandages nécessaires, et la malade reportée à son lit. On n'administra point de purgatifs, les fonctions intestinales s'étant exercées trois fois dans la journée. On prescrivit seulement un opiat pour le soir.

Le 22, la nuit a été bonne : pas de douleur abdominale; le pouls intermittent; on entend un bruit *rude* accompagnant le second bruit du cœur.

Le 23, la malade va bien ; la ligature tomba le 1er mars. Dès lors, la guérison fit des progrès rapides; le pouls perdit son intermittence; les bruits du cœur devinrent réguliers et naturels; et, quand elle fut examinée, un mois après l'opération, on ne sentait aucune saillie de hernie, et elle n'éprouvait aucune difficulté en marchant.

(*Medico-chir. Transact.*, 1851.)

RECHERCHES SUR LES RÉSULTATS DÉFINITIFS DES TRAITEMENTS EMPLOYÉS POUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE VAGINALE; *par* M. HUTIN, *médecin en chef de l'Hôtel des Invalides.*

Tel est le titre d'un travail des plus intéressants adressé par M. Hutin à l'Académie de médecine, et dont il a donné lui-même à cette savante compagnie le résumé suivant.

A la fin de l'année 1845, et en janvier 1846, un savant rapport de M. le professeur Velpeau a amené l'Académie à s'occuper du traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections iodées.

Plusieurs de ses membres ont pris part à la discussiion, et se sont prononcés les uns pour, les autres contre cette méthode.

Des pièces de ce procès, il semble résulter que l'on admet en principe que la cure de cette affection ne peut se faire sans la disparition de la cavité vaginale et son entière oblitération. C'est là l'idée à peu près dominante aujourd'hui. Cependant Pott, d'illustre mémoire, avait déjà indiqué que cette oblitération n'était point indispensable, et MM. Ward, Green et Ramsden ont professé la même croyance, à l'appui de laquelle M. Velpeau cite, dans sa *Médecine opératoire*, un fait recueilli à la Pitié en 1831.

J'ai cru qu'il y aurait de l'intérêt à savoir ce qui se passe réellement en cette occasion. Placé dans d'heureuses circonstances pour cela, j'ai tenu note, depuis 1845, des opérations d'hydrocèle pratiquées à l'Hôtel des Invalides, où nos malades ne sont pas, comme dans les hôpitaux, perdus pour nous à partir de leur sortie des salles.

J'ai recherché également les hommes traités pour la même affection avant cette époque, et ces deux notes m'ont fourni la statistique suivante :

Trente-quatre militaires opérés avant mon arrivée à l'Hôtel existaient encore, savoir :

3 soumis à l'emploi du séton, par Sabatier.

2 à l'excision par Percy, pendant leur jeunesse.

3 à l'incision, par Yvan.

8 à l'emploi de la potasse caustique, par le même.

8 à l'usage d'une sonde flexible laissée à demeure, par Larrey.

2 à des injections vineuses, par Pasquier père.

3 à des injections de même nature, par Pasquier fils.

4 à des injections iodées, par le même.

1 enfin avait subi, en 1838, une simple ponction sans injection, faite par M. Desruelles, au Val-de-Grâce. Une violente inflammation s'était déclarée ; on l'avait combattue à l'aide de sangsues. La guérison de l'hydrocèle s'en était également suivie.

30 hommes ont été opérés dans mon service depuis 1845.

Parmi eux, 2 ont subi de simples ponctions évacuatrices, les 28 autres ont été soumis à des injections iodées. Dans ce dernier nombre se trouve un invalide à qui déjà M. Aronson avait fait inutilement, à Strasbourg, une injection vineuse cinq ans auparavant.

28 des 34 premiers sont morts, et 2 ont quitté l'Hôtel.

15 de ces 30 opérés sont morts aussi.

Les uns et les autres ont succombé à des affections diverses, tout à fait étrangères à l'opération, et tous fort longtemps après la guérison de leurs hydrocèles.

Chez les 28 anciens opérés, dont 1 avait subi l'injection iodée, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale.

Parmi les 15 hommes décédés sur les 30 que j'ai soumis à l'injection iodée, 7 offraient des adhérences complètes oblitérant la cavité séreuse ; 4 présentaient des adhérences partielles seulement ; et 4 n'en fournissaient pas de traces.

Tels sont, en résumé, les faits développés dans le mémoire que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, et qui m'ont porté à conclure :

1° Que Pott avait dit vrai en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle ;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés jadis, et même des injections vineuses ;

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, s'il devient constant, par des recherches nouvelles, que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici.

OBSERVATION DE FRACTURE DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE *et luxation de l'atlas sur l'axis ;* par M. COSTES, de Bordeaux.

Les observations de la nature de celles qu'on va lire sont si rares, qu'il importe de ne les pas laisser perdre, même quand on pourrait y regretter l'absence de quelques renseignements.

OBS. — Le 24 décembre 1851, Jean Durest, âgé de 15 ans, d'une petite stature et d'un tempérament lymphatique, fut apporté à l'hôpital Saint-André, avec une paralysie presque complète des mouvements des membres supérieurs et inférieurs. La sensibilité y était conservée ; l'urine coulait involontairement ; la tête était inclinée en avant ; le menton appuyait presque sur le thorax ; les mouvements de rotation de la tête étaient impossibles, ceux de la région cervicale douloureux. On trouvait à la partie postérieure du cou, et un peu du côté droit, une tumeur assez volumineuse, dure, immobile, proéminant bien plus du côté droit, et semblant correspondre en sens inverse de la déviation du menton un peu incliné à gauche.

Voici tout ce qu'on put apprendre sur ses précédents.

Il y a plus de quatre mois, le 15 août 1851, il avait été battu, renversé à terre, et avait reçu des coups sur la nuque. En voulant fuir, il essaya de franchir un fossé, tomba sans pouvoir indiquer comment. Après cet accident, toutefois, il put marcher ; seulement, il éprouvai de la gêne dans les mouvements de la région cervicale. La respiration devint un peu difficile ; les bras jouissaient de leur motilité.

Une quinzaine de jours avant d'entrer à l'hôpital, il se développa des douleurs dans la jambe et le bras droits ; la tête qui, depuis les coups qu'il avait reçus, s'était inclinée en avant, vint peu à peu appliquer presque le menton sur la poitrine. Il y a huit jours, il a été pris de paralysie des mouvements

des membres tant supérieurs qu'inférieurs; la sensibilité y est conservée et même accrue; le malade accuse de vives douleurs dans tout le côté droit.

Une fois couché, ce malade offre un aspect singulier par l'immobilité de sa tête et de ses bras rangés au côté du tronc. Sa respiration est lente, petite; sa voix a pourtant assez de sonorité; il perd son urine involontairement, et accuse une longue constipation.

L'auscultation et la percussion ne dénotent rien de particulier du côté du cœur ni des poumons. L'appétit est conservé.

On établit sous la nuque un petit coussin tendant à redresser la tête, en comprimant les vertèbres cervicales; on prescrivit huit sangsues, quatre de chaque côté du cou, et un lavement avec 16 grammes de sel marin.

Le lendemain, il y avait un peu de mieux : le malade a dormi : les douleurs ont diminué, et les mouvements ont pris un peu de liberté, surtout au bras gauche; le lavement a provoqué une selle.

Le 27, la motilité du membre supérieur gauche se dessine davantage; la main et l'avant-bras du côté droit exécutent de légers mouvements; le sommeil a reparu; les douleurs ont tellement diminué, que le malade est souriant et embrasse l'idée d'une guérison possible.

Le 28, l'urine ne coule que goutte à goutte : on est obligé de recourir au cathétérisme.—*Six sangsues au côté gauche du cou.*

Le 29, les mouvements du bras gauche sont un peu plus libres; à droite, pas d'amélioration. — *Onctions sur le col avec une pommade à l'iodure de plomb, et, à l'intérieur, iodure de potassium, 40 centigrammes, dans du sirop de salsepareille.*

Dans les premiers jours de janvier 1852, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles; l'incontinence d'urine se maintient, la verge est en érection douloureuse à l'occasion du cathétérisme; les matières fécales s'échappent involontairement; les membres inférieurs sont le siége de vives douleurs, et les pieds constamment refroidis.

Il alla en s'affaiblissant progressivement jusque dans les premiers jours de février. Le 3, l'oppression redouble, menace d'asphyxie; la face est tout à fait cyanosée; le thorax, les mains, les bras, sont bleuâtres; les battements du cœur de plus en plus tumultueux. La respiration ne se fait plus par les parois thoraciques, il y a immobilité complète du thorax, la teinte cyanique se répand de plus en plus; c'est une lente asphyxie, qui se maintient ainsi jusqu'au 4, à cinq heures du soir, où le malade expire.

Autopsie.—Au premier aspect, l'atlas, qui a conservé ses rapports avec l'occipital, est fortement porté en avant sur l'axis, et constitue, au-devant de la colonne cervicale, un angle rentrant. Le trou occipital est fortement rétréci, et l'apophyse odontoïde est couchée sur la partie antérieure de l'atlas, et touche presque au rebord de la portion de l'apophyse basilaire formant le bord antérieur du trou occipital. La colonne vertébrale, en ce point, a subi un léger mouvement de torsion. Examiné plus en détail, le déplacement est tel, que l'atlas est dirigé obliquement de haut en bas et de gauche à droite; sa partie antérieure regardant en avant et à gauche, de façon que le sommet de l'apophyse transverse droite se trouve à la rencontre de deux plans, l'un vertical et transversal, tangent à la partie antérieure des vertèbres cervicales; l'autre horizontal, passant par les sommets des apophyses transverses de l'axis.

Le tubercule antérieur de l'atlas est sur la même ligne que les crochets gauches des faces supérieures des vertèbres cervicales.

La facette articulaire droite de l'atlas a complétement abandonné la facette correspondante de l'axis, de manière que le bord antérieur saillant de celle-ci

s'est logé dans l'angle rentrant de l'atlas formé par la rencontre de la masse et de son arc postérieur, angle qui contribue à former le deuxième trou de conjugaison ; d'autre part, le bord postérieur saillant de la facette articulaire de l'atlas arc-boute sous le bord antérieur de l'apophyse articulaire de l'axis. Il y a là un véritable enfourchement réciproque (ce qui me semble rendre la réduction bien difficile, sinon impossible).

La facette articulaire de l'atlas est en rapport avec la fossette droite de la face antérieure de l'axis, où on trouve du tissu fibreux et du cartilage d'incrustatiou, preuve manifeste de l'ancienneté de la luxation.

Par suite du déplacement de la facette articulaire droite de l'atlas, la moitié correspondante de son arc postérieur *coïncide* avec la facette articulaire de l'axis, preuve que la branche de l'arc a dû subir un mouvement de flexion, facile du reste à constater.

La facette articulaire gauche de l'atlas est déplacée de manière à laisser à découvert la moitié postéro-interne de celle de l'axis.

Cette marche de l'atlas en avant a dû diminuer d'autant son trou rachidien. En effet, l'arc postérieur n'est séparé du corps de l'axis que par une fente transversale de forme triangulaire, sommet à droite, base à gauche.

Voici les dimensions de cette fente :

Longueur	22 millimètres.	
Largeur au sommet.	2 millim.	à très-peu près.
— au milieu...	3 —	
— à la base...	5 —	

Par conséquent, c'est surtout dans la partie droite que la moelle a été comprimée.

L'apophyse odontoïde est fracturée à sa base et entraînée en avant par les ligaments transverse et odontoïdiens ; aussi, à cause de l'abaissement de l'atlas et de l'occipital, cette apophyse, au lieu d'être verticale comme à l'état normal, se trouve-t-elle à peu près horizontale ; elle continue la direction de la gouttière basilaire, et, par conséquent, obture en très-grande partie le grand trou occipital, de l'extrémité postérieure duquel sa base n'est séparée que par la fente dont il a été parlé. Le sommet de l'apophyse touche l'extrémité antérieure du trou. Sa direction est nécessairement la même que celle de l'atlas et de l'apophyse basilaire, c'est-à-dire *oblique en avant et à gauche.*

L'apophyse odontoïde est réunie au corps de l'axis par un cal qui proémine *en pointe en haut et à droite.*

Le bulbe rachidien, dont les fonctions sont si importantes, dans lequel, entre autres choses, se trouve le centre respiratoire (nœud vital), ayant pour mesure l'espace compris entre les parties moyennes de la gouttière basilaire et de l'apophyse odontoïde, n'a pas subi de compression ; celle-ci n'a eu lieu qu'à 2 centimètre au-dessous du bulbe, et principalement à droite.

La compression existant au-dessous de l'entrecroisement des faisceaux de la moelle, c'est *à droite* que les accidents ont dû surtout se manifester.

La moelle épinière s'est montrée avec un ramollissement bien appréciable dans toute la partie comprimée, dans le rétrécissement.

Comment se sont produites la fracture et la luxation ? Bien évidemment, la première a précédé, et ce n'est qu'après la rupture de l'apophyse odontoïde que les articulations atloïdo-axoïdiennes ont pu se séparer. L'enfant a-t-il reçu des coups qui ont porté violemment la tête en avant, et complété ce qui n'arriva qu'imparfaitement chez le jeune homme dont parle M. Nélaton ? (*Compendium de Chir. prat.*, t. II, p. 676.) Ou bien, ayant fait une chute en avant en franchissant le fossé, est-il tombé sur la tête ? Dans quel sens a-t-elle porté ? c'est ce qu'on ignore.

Il faut bien, toutefois, qu'au moment de l'accident, le déplacement n'ait pas été aussi considérable que l'a présenté

l'autopsie, puisque les accidents ne se sont pas montrés dès l'abord. Ajoutons que, vers la fin de la vie, une altération nouvelle de structure a affecté la moelle épinière; et, en outre de la compression qu'elle éprouvait jusque-là, le ramollissement de la portion restante a, peu à peu, dû abolir toute l'action vitale. L'asphyxie graduelle et la cyanose ont marqué le degré de l'extinction.

Une circonstance mérite d'être notée : M. Reynoso Alvarez a prétendu que toute cause qui trouble profondément la respiration, produit du sucre dans les urines. Le malade a été véritablement dans un état asphyxique pendant les quatre ou cinq derniers jours de son existence. M. Coste a soumis alors ses urines à la liqueur de Barreswill, et n'a pu constater la présence du sucre.

M. Robin a prétendu à son tour que, par l'absence de combustion de l'albumine, dans certains troubles de la respiration, cette substance devait se trouver abondamment dans l'urine. Le malade était dans l'une des conditions voulues par M. Robin, et son urine soumise à la chaleur, à l'acide nitrique et à la solution de tannin, n'a donné aucune trace d'albumine. C'est un double fait dont il est bon de tenir en compte.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

FRACTURE COMMINUTIVE DE L'ASTRAGALE ; *extraction de la portion supérieure de cet os; guérison;* par HECTOR PELTIER, M.D., *Edimbourg, professeur à l'Ecole de médecine de Montréal,*

Le journalisme médical s'est produit parfois sous des formes curieuses. La *Lancet* anglaise, le journal peut-être le plus répandu de Londres, a commencé par offrir à ses abonnés des articles de médecine et..... des parties d'échecs !— Nous avons reçu quelques numéros du *Canada medical Journal*, qui s'imprime à Montréal. On sait que le Canada est occupé par deux populations fort distinctes, l'une d'origine française, et qui a conservé la langue maternelle, l'autre anglaise, et qui parle naturellement l'anglais. Pour rallier les médecins des deux nations, le journal du Canada n'a trouvé rien de mieux que de publier des articles en anglais et en français, non pas le texte et la traduction comme on pourrait croire, mais les articles tels qu'on les lui envoie, et dans la langue où ils sont écrits ; ce qui constitue un bariolage assez original. Quoi qu'il en soit, nous lui empruntons le fait suivant, aussi intéressant par sa rareté au point de vue pathologique qu'au point de vue thérapeutique, et auquel nous conserverons sa rédaction française.

OBS. — « Un nommé Poirier, maçon, âgé de 40 ans et résidant dans Montréal, tomba du deuxième étage d'une maison rue Saint-Paul, appartenant à M. Benoit, le 9 juillet 1850, à 7 heures du matin. Il tomba sur les pieds, le pied droit glissant sur la chaîne du pavé. Il fut transporté de suite à l'Hôtel-Dieu. Le docteur Munro, le médecin en chef dudit hôpital, fut aussitôt appelé, et comme on l'avait prévenu que c'était un cas qui, selon toute apparence, réclamait une amputation immédiate, il m'amena avec lui en consultation.

« Le malade fut interrogé minutieusement et la plaie examinée attentivement; nous trouvâmes une fracture comminutive de l'astragale avec déchirure des parties molles et perte de sang assez considérable. La malléole externe sortait en dehors de la plaie de manière à faire presque croire par les mouvements qu'on y faisait qu'il y avait également fracture du péroné. L'astragale, par sa fracture complète, s'était retournée sur son axe, de manière que sa portion articulaire tibienne se présentait à travers les parties molles à la partie externe du pied et non pas en avant. Le ligament externe était complétement déchiré.

« Une plaie semblable avec fracture, et cela dans une articulation, nous fit hésiter un moment sur ce que nous devions faire ! Pendant que notre esprit était ainsi en oscillation (moment terri-

ble et que le vrai chirurgien sait apprécier), le docteur Munro avait la main dans la plaie et remuait la partie fracturée de l'astragale, lorsque, à notre grande surprise, toute la portion articulaire tibienne fut enlevée avec la main. Le docteur Bibaud, que l'on avait fait appeler, arriva au même instant. Nous décidâmes alors tous trois de laisser la nature opérer la guérison, sachant bien que, si les choses n'allaient pas, nous pourrions encore avoir recours à l'amputation de la jambe. Heureusement que la nature, toujours si sage et qui se joue quelquefois du médecin, guérit notre homme. Il put quitter l'hôpital le 26 août 1850, c'est-à-dire quarante-huit jours après l'accident. Il a marché, à l'aide d'une canne, en boitant pendant plusieurs mois. Je l'ai vu fréquemment depuis plus d'un an, et il marche bien facilement, ne se sert plus de canne, et boite très-peu.

« Je dois ajouter qu'il n'y pas d'ankylose complète, puisque le pied a conservé des mouvements faciles et que le raccourcissement est peu considérable. Il s'est donc formé là une autre surface de glissement, pas aussi entière que la véritable.

« La portion d'os enlevée est en la possession du docteur Munro. »

Obstétrique.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR MESURER LE DIAMÈTRE SACRO-PUBIEN DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN ; par M. VAN HAESENDONK.

Nous avons peu de goût pour l'introduction de l'algèbre dans les démonstration des sciences médicales ; et nous en avons bien moins encore pour l'application des formules algébriques à la pratique. Nous reproduirons cependant le procédé de M. Van Haesendonk, d'abord parce qu'il serait assez facile de simplifier ses calculs ; et parce qu'il y a au moins un intérêt de curiosité. Voici comme il le décrit lui-même :

« Si de la partie supérieure du sacrum, que nous désignerons par A, on abaisse une perpendiculaire sur le pubis B, on aura une ligne AB qui représente le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Si l'on joint ensuite le point d'insertion B de cette ligne au pubis, à la partie inférieure de la symphyse (sommet de l'arcade pubienne) C, cette ligne BC forme, avec la ligne AB, un angle droit en B. Donc, en réunissant les points C et A par une troisième ligne, on aura un triangle rectangle ABC, dont l'un des côtés BC forme la hauteur du pubis qui nous est connue, et dont l'hypothénuse AC peut se mesurer au moyen du doigt introduit dans le vagin. Dès lors, il est facile de calculer la longueur du troisième côté AB, formant le diamètre recherché ; car nous savons que, dans un triangle rectangle, le carré de l'hypothénuse est égal à la somme des carrés des deux autres côtés. Donc

$$AC^2 = AB^2 + BC^2$$

$$\text{d'où } AB^2 = AC^2 - BC^2$$

$$\text{et } AB = \sqrt{AC^2 - BC^2}$$

« J'ai suivi ce procédé pour mesurer la dimension du diamètre antéro-postérieur de quelques bassins que j'avais à ma disposition, et chaque fois je suis parvenu à le préciser de la manière la plus exacte. »

M. Stevens, chargé de faire un rapport sur ce procédé à la Société de médecine d'Anvers, lui a reproché de se fonder sur un fait inexact, savoir que *les deux côtés du triangle rectangle sont connus* ou faciles à connaître. M. Van Haesendonk admet que le diamètre antéro-postérieur forme un angle droit avec le plan de la symphyse pubienne; que la hauteur de la symphyse est connue ; que la distance du bas de la symphyse au promontoire du sacrum peut se mesurer à l'aide du doigt ; et qu'on a ainsi un

triangle rectangle dont deux côtés sont connus, et dont le troisième forme le diamètre cherché. Or, ainsi que l'a fait remarquer M. Bessems, il faudrait d'abord qu'il fût prouvé que le diamètre sacro-pubien fait toujours un angle droit avec la symphyse ; et quand cela serait vrai des bassins réguliers, cela ne signifierait rien encore, puisque le procédé a pour objet la mensuration des bassins irréguliers. En second lieu, la hauteur de la symphyse pubienne est très-variable ; elle est en moyenne de 4 centimètres, et peut descendre jusqu'à 2 centimètres 1/4. Ajoutez que l'auteur fait aboutir le diamètre sacro-pubien au bord supérieur de la symphyse ; et que parfois les pubis proéminent en arrière de ce bord, surtout dans des bassins viciés. Enfin, la distance de l'arcade pubienne au promontoire, telle qu'on l'obtient à l'aide du doigt sur la femme vivante, n'est rien moins que mathématique.

Ces critiques prouvent de reste que le procédé de M. Van Haesendonk ne donnera pas de résultat absolu ; et qu'il n'a qu'une valeur de mensuration approximative. Dès lors, tout ce grand appareil de signes et de chiffres peu connus de la plupart des praticiens est pour le moins inutile ; et, pour utiliser les données de M. Van Haesendonk, il suffirait d'établir, par un calcul général, de combien il faut diminuer la distance de l'arcade au promontoire pour avoir la longueur du diamètre sacro-pubien. Les accoucheurs l'ont essayé ; on porte la défalcation à opérer à 6 à 9 millimètres, 3 à 4 lignes. Est-ce trop ou trop peu? La différence ne saurait être bien grande ; et, nous le répétons, il suffirait d'un calcul général pour l'établir.

(*Annal. de la Soc. de méd d'Anvers.*)

Pharmacologie.

UN MOT SUR LES CIGARES MÉDICAMENTEUX *et sur la possibilité d'employer sous cette forme un grand nombre de substances médicamenteuses ;* par M. LANDERER.

On sait que, dans ces derniers temps, on a fait usage de diverses substances organiques et inorganiques, faciles à volatiliser, sous forme de cigares médicamenteux. Le datura stramonium, la ciguë, le camphre, le sublimé corrosif, ont été tour à tour employés sur une assez grande échelle, soit isolément, soit en employant comme excipient le tabac privé de sa nicotine. L'efficacité remarquable des cigarettes de sublimé, dans le traitement des ulcères syphilitiques de la gorge, a porté M. Landerer a tenter quelques expériences avec un certain nombre de médicaments sous cette forme. Ainsi, il a employé des cigarettes préparées avec du tabac privé de sa nicotine et imprégné de teinture d'iode, d'une solution d'iodure de mercure dans l'éther sulfurique, ou d'une solution d'iodure de potassium, et il s'en est bien trouvé dans le cas d'ulcérations syphilitiques de la gorge et d'ozène. Les cigarettes préparées avec du tabac également privé de nicotine, mais imprégné d'une solution éthérée de jusquiame, lui ont réussi pour calmer plusieurs toux convulsives rebelles, sans qu'il soit survenu de narcotisme. Entre autres substances qu'il a employées sous cette forme, M. Landerer cite la solution de créosote dans l'alcool et l'éther, qu'il a trouvée très-utile dans les ulcérations scorbutiques des gencives; la teinture de musc, avec laquelle il a calmé des toux hystériques et spasmodiques; la solution alcoolique d'acétate de morphine, avec laquelle il a guéri de graves accès hystériques chez un sujet très-irritable, et avec laquelle les maux de dents les plus douloureux sont calmés instantanément. M. Landerer a employé des cigarettes préparées avec du tabac trempé dans la solution de Fowler. Il ré-

sulte évidemment de ces expériences, que cette forme de médication peut s'étendre à beaucoup d'autres substances médicamenteuses.

(*Buchner's Repert. et Bull. gén. de thérap.*)

FALSIFICATION DU SIROP D'ORGEAT ; *moyen de la reconnaître ;* par M. STANISLAS MARTIN.

M. Chevalier, dans son nouveau Dictionnaire des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, reconnaît avec raison qu'il se fabrique dans le commerce un sirop d'orgeat qui ne contient ni amandes douces, ni aucune autre substance émulsive. Nous avons eu l'occasion d'examiner ce liquide ; nous l'avons trouvé composé de sirop de sucre, de glucose, de teinture alcoolique de baume du Pérou ou de la Mecque, et d'huile essentielle d'amandes amères.

Ce sirop a tout l'aspect, l'odeur et la saveur de l'orgeat de bonne qualité ; cependant il en diffère, d'abord, en ce que mêlé à de l'eau ordinaire, il devient d'un blanc mat translucide ; qu'ensuite il ne mousse pas par l'agitation, et qu'enfin l'eau qu'on lui ajoute se décolore et devient limpide par la filtration.

On reconnaît ce faux sirop d'orgeat par le moyen suivant :

On met dans une fiole 30 grammes de ce composé avec 100 grammes d'eau et 10 grammes d'éther sulfurique ; on agite plusieurs fois ce mélange ; après quatre ou six heures de repos, le liquide devient incolore et d'une limpidité parfaite; l'éther s'est emparé de toute la résine qui rendait le liquide lactescent. Si l'on répète comparativement cette opération avec du sirop d'orgeat fait selon le Codex, il se formera dans le liquide une couche supérieure blanche composée d'éther, d'albumine, de gomme, de parenchyme ; le restant du liquide n'est que de l'eau, du sucre et une quantité presque inappréciable d'huile tenue en suspension par de l'émulsine.

A Paris, le sirop d'orgeat fait sans amandes ne se vend que sur les places publiques ou dans les lieux de bas étage ; son prix est de cinq centimes la cuillerée à bouche mêlée à un verre d'eau.

Si l'usage de cette boisson ne rafraîchit pas le consommateur, elle a au moins l'avantage de ne pas l'indisposer.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

BULLETIN CLINIQUE.

LUXATION COMPLIQUÉE DE LA DEUXIÈME PHALANGE DU POUCE ; RÉDUCTION FACILE ; GUÉRISON ; par M. MATTEI, *D.-M.-P., professeur d'accouchements à Bastia.*

A M. le Rédacteur de la Revue Médico-chirurgicale.

Monsieur,

Sachant avec combien de succès vous vous êtes occupé des luxations, je me proposais de vous en adresser plusieurs observations choisies ; mais, comme le dernier numéro de votre journal réveille l'attention des praticiens sur les luxations des doigts, je vous envoie l'observation suivante, que vous ne jugerez peut-être pas sans intérêt.

M. Jousset avait raison de parler comme il l'a fait, ne connaissant pas votre Mémoire sur ces luxations ; et je ne crains pas de dire que, si l'on connaissait mieux l'esprit de progrès qui préside au choix des matériaux de votre journal, les lecteurs de cette publication, déjà très-nombreux, seraient bien plus nombreux encore. Voici mon observation.

Obs.—Antoine Sisco, âgé de 14 ans, épileptique, quoique bien portant et robuste pour le restant, le soir du 11 juin 1852, pendant qu'il était à la promenade avec d'autres jeunes gens, fut pris inopinément d'une attaque qui le fit tomber sans connaissance sur le côté droit du corps, et surtout sur la main correspondante.

Revenu à lui, Sisco s'aperçut qu'il portait à la surface palmaire du pouce droit une plaie douloureuse, et, comme il y avait un tronc de bois sur le lieu de la chute, il crut qu'il s'était blessé en heurtant contre cette bûche.

Rentré chez lui, il couvrit son doigt avec un linge cératé; mais il passa une nuit très-agitée, par suite des douleurs dont le doigt était le siége; et, le lendemain de bonne heure, il s'empressa de me consulter. Voici quel était l'état de la partie blessée, tel que je le trouve décrit dans une note prise sur place.

Le pouce offre, au premier aspect, une forme anormale; il est plus court et plus gros qu'à l'état naturel, et paraît bosselé vers la partie moyenne. Si on le considère dans son ensemble, il paraît être dans l'état moyen de flexion et d'extension, c'est-à-dire que l'axe des deux phalanges serait à peu près sur la même ligne, et tout le pouce serait légèrement fléchi sur le métacarpien correspondant et, par conséquent, sur la paume de la main. Quand on examine la chose de près, cependant, on ne peut pas méconnaître une luxation en arrière de la deuxième phalange de ce doigt.

La peau qui recouvre le pli de la flexion des deux phalanges de ce doigt, offre une plaie qui a la forme d'un T majuscule renversé, dont la branche horizontale a environ 1 centimètre d'étendue, et la branche verticale est moitié moindre. Cette plaie, dont les bords sont écartés, est recouverte d'un caillot de sang très-mince, que je ne cherche pas à détacher tout d'abord, mais qui laisse sentir sous lui des tissus résistants. Cette plaie n'intéresse que la peau; car les tendons des fléchisseurs ne sont pas à nu. La gaîne de ces tendons est intacte, et, quand on explore cette partie avec le doigt, on sent qu'une résistance osseuse, qui fait corps avec la phalange supérieure, occupe toutes les parties sous-jacentes à cette plaie; évidemment, cette dureté est formée par l'extrémité inférieure de la première phalange portée en avant. La peau, qui va de la plaie à la phalangette, fait, dans ce lieu même, un sillon transversal, à peine sensible à la vue, mais qui est bien sensible au toucher.

Quand on examine la partie dorsale du doigt, on sent là aussi que la partie la plus saillante est constituée par une tumeur osseuse plus superficielle, qui fait corps avec la phalange unguéale, et qui est évidemment formée par l'extrémité supérieure de cette phalange portée en arrière. Ici, la saillie est plus brusque, et le sillon transversal qui la sépare de la face postérieure de la première phalange est aussi plus marqué. Si l'on considère la direction relative des deux phalanges, on voit que l'axe de la phalange supérieure prolongé rencontrerait l'axe de la phalangette vers l'extrémité unguéale, et si l'on tire un plan transversal devant chaque saillie, ces deux plans ne se confondent pas en un seul, mais ils sont parallèles, et le plan de la saillie postérieure étant plus élevé que le plan de la saillie antérieure, on voit que les surfaces articulaires ne sont plus en rapport. La luxation est donc complète. Le diamètre transversal du doigt au niveau de l'articulation luxée a un peu augmenté à cause du gonflement, et la peau y est tendue; mais il n'offre rien de particulier.

Quand on dit au malade de mettre ce doigt en mouvement, on voit qu'il fait exécuter des mouvements assez étendus à l'articulation métacarpo-phalangienne; mais aucun mouvement n'est transmis à l'articulation inférieure. La phalangette reste immobile et presque à cheval sur la partie postérieure de l'extrémité inférieure de la première phalange. Quand on veut faire exécuter artificiellement

quelques mouvements à l'os luxé, on cause des douleurs intolérables, de sorte que je n'ai pas pu constater le plus ou moins de mobilité de cet os.

Après m'être ainsi assuré de la nature de la lésion, j'ai procédé à la réduction, et j'y suis parvenu avec plus de facilité qu'on ne l'aurait cru.

Pour cela, le malade est assis sur une chaise basse, et fait lui-même la contre-extension, l'avant-bras est relevé et dans la demi-pronation. Je pince le bout libre de la phalangette entre le pouce de la main gauche et l'index de la même main demi fléchi. Avec les doigts correspondants de ma main droite, j'embrasse la partie moyenne du doigt malade et j'appuie le pouce derrière la saillie de la phalangette devenue supérieure, tandis que j'appuie l'index devant la saillie de la première phalange devenue inférieure. M'attendant à devoir employer beaucoup de force, j'ai fait en même temps, et d'une manière brusque, des tractions avec la main gauche; tandis que, avec la droite, j'ai imprimé un mouvement en sens inverse aux surfaces luxées, et à peine ai-je commencé à déployer un peu de force, que la luxation s'est réduite en produisant un petit bruit.

Le malade est aussitôt soulagé, et peut exécuter à l'instant même quelques mouvements d'extension et de flexion. On a combattu le gonflement avec des cataplasmes émollients, et la guérison s'est faite sans application d'appareil et sans accidents. Le doigt a repris ses mouvements.

Agréez, etc.

A. Mattei, *D.-M.-P.*

ABCÈS STERCORAL DE LA FOSSE ILIAQUE; MENSTRUATION ANORMALE; *par* M. Pamard, *chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.*

L'observation que nous allons faire connaître nous paraît présenter un double intérêt à cause des phénomènes qu'elle a présentés pendant la vie, des lésions anatomiques qu'elle nous a offertes, et surtout à cause de la preuve qu'elle nous semble apporter à l'opinion de MM. Cazeaux, Coste et Raciborski, sur l'évolution ovarique considérée comme cause de menstruation.

La nommée Marie Pellerin, âgée de quarante ans, épouse d'Urbain Gleize, serrurier d'Avignon, était soignée par M. le docteur Béchet, médecin homœopathe de notre ville, pour des vomissements accompagnés de douleurs violentes dans l'abdomen, qui la tourmentaient depuis plusieurs mois et avaient occasionné un amaigrissement considérable.

Nous fûmes appelé en consultation le 2 avril 1848, et nous constatâmes l'existence d'une tumeur dure, assez volumineuse, immobile, située dans la fosse iliaque droite. Divers moyens internes furent prescrits; ils n'amenèrent aucune amélioration dans l'état de la malade.

Nous l'avions perdue de vue, et il s'était écoulé près d'une année, lorsqu'elle se décida à entrer à l'hôpital le 10 février 1849.

La tumeur que nous avions observée l'année précédente avait fait des progrès considérables. On y percevait une fluctuation manifeste; elle faisait saillie au-dessus de la région inguinale; elle s'étendait dans la direction de la crête de l'os des îles. Il ne pouvait pas y avoir le moindre doute sur la nature de la maladie; nous avions affaire à un abcès de la fosse iliaque interne. Si le doute n'était pas permis sur l'existence de l'abcès que nous venons d'indiquer, le diagnostic ne laissait pas que d'être obscur sur la cause des accidents graves qui accompagnaient cette affection; car tous les praticiens savent qu'elle peut exister sans le cortége de symptômes que nous allons signaler.

Les douleurs abdominales que nous avions observées lorsque nous avions vu la

malade pour la première fois étaient devenues intolérables ; il y avait des vomissements tellement fréquents, que l'estomac rejetait tout ce qui lui était présenté ; l'amaigrissement était arrivé au dernier degré ; la faiblesse était extrême.

Quelles étaient les indications à remplir dans un cas aussi grave ?

Celle qui nous parut la plus pressante, c'était de donner issue au liquide contenu dans la tumeur, dont le développement avait coïncidé avec les progrès de la maladie. Nous y procédâmes immédiatement par une incision qui fut pratiquée dans le point avoisinant l'épine iliaque antéro-supérieure. Il s'écoula aussitôt une quantité considérable de pus extrêmement fétide et mêlé évidemment avec des matières stercorales.

La malade fut soulagée ; les vomissements cessèrent ; l'écoulement des matières fécales, par l'ouverture que nous avions pratiquée, continua les jours suivants, et vint nous apporter la preuve certaine de l'existence d'une communication directe entre l'abcès et le tube intestinal.

Mais un nouveau phénomène est venu se présenter à notre observation et augmenter l'intérêt que devait déjà nous inspirer cette malade. Cinq jours après notre opération, le 15 du mois, elle fut, pendant la nuit, saisie de coliques, mais qui n'avaient ni l'intensité ni le caractère des douleurs qu'elle avait ressenties avant l'ouverture de l'abcès.

Le matin, à notre visite, nous trouvâmes les pièces d'appareil tout inondées de sang. En examinant la plaie, on voyait ce liquide suinter lentement ; il s'écoulait sans saccade, sans que rien indiquât l'ouverture d'un vaisseau important. Nous crûmes devoir nous borner à replacer de la charpie, des compresses et une bande médiocrement serrée, et attendre les événements. Cet écoulement de sang continua pendant trois jours, sans être abondant, en allant en diminuant, et il cessa ensuite complétement.

Le 15 mars, mois suivant, à époque fixe, la même hémorragie se renouvela et ne nous permit plus de douter que nous assistions à une menstruation par la plaie, avec d'autant plus de raison, que le flux cataménial avait cessé absolument de se montrer par la vulve.

Enfin, le 15 avril, quoique la malade fût tombée dans un état de faiblesse extrême, il y eut encore un suintement sanguin par la plaie, mais il fut moins abondant que les deux premières fois.

Dans les premiers temps qui suivirent l'ouverture de l'abcès, la santé générale s'améliora d'une manière assez sensible ; mais l'écoulement constant des matières fécales par la plaie ne nous permettait pas d'espérer que la malade se relèverait de l'état extrême de dépérissement où elle était tombée. Nos craintes se réalisèrent ; nous vîmes peu à peu les forces diminuer, et la mort arriva le 19 avril 1849, sans que jamais on vît se renouveler les douleurs affreuses qui avaient précédé l'opération, ce qui nous donna la consolation de penser que nous avions éloigné le terme fatal et diminué les douleurs qui devaient l'accompagner.

Nous dûmes procéder à l'autopsie avec le plus grand soin. Elle fut faite par nous-même, en présence d'un grand nombre d'élèves, parmi lesquels il y avait plusieurs de mes élèves sages-femmes attirées par l'intérêt que présentait le fait de menstruation anormale.

Un vaste kyste suppuratoire s'étendait de la plaie extérieure à une ouverture pratiquée aux parois du cœcum, ayant près d'un centimètre d'étendue ; les parois de ce kyste étaient parfaitement continues et ne permettaient pas aux matières qu'elles contenaient de se répandre dans la cavité abdominale, ce qui explique la longue durée de la maladie et le soulagement amené par l'ouverture de l'abcès.

La cavité du kyste contenait une quantité notable de pus mêlé à des matières stercorales ; le muscle iliaque avait en partie disparu, et il existait une carie de la fosse iliaque s'étendant de la partie postérieure de la crête jusqu'au bord mousse.

Dans ce point, le kyste adhérait à l'ovaire, comme dans un autre point il adhérait au cœcum ; la face postérieure de l'ovaire faisait saillie dans le kyste ; il se trouvait ainsi moitié dans la cavité péritonéale et moitié dans la cavité du kyste. De fortes adhérences ne permettaient pas à ces deux cavités de communiquer entre elles.

Nous ne rechercherons pas ici comment s'étaient établies ces nombreuses adhérences, comment s'était formé cet immense kyste destiné à isoler la surface suppurante de la cavité péritonéale, comment s'était formée cette perforation du cœcum, qui nous semble devoir être considérée comme la cause première de cette longue et douloureuse malaie ; non que nous regardions ces lésions anatomiques comme indignes de fixer l'attention de l'observateur, mais parce qu'un phénomène anormal, unique dans la science, est venu absorber notre attention, savoir, l'écoulement menstruel observé par la plaie. Nous disons à dessein le flux menstruel, et non une déviation des règles ; car, dans les cas nombreux cités par les auteurs, c'était réellement une déviation.

La malade de Dupuytren (1) offrait un écoulement sanguin périodique qui avait succédé à une brûlure du bras. Le même phénomène avait été observé par M. Clésio (2) par des piqûres de sangsues appliquées au genou et à l'épigastre. Je ne multiplierai pas ces citations. J'ai moi-même vu, il y a environ vingt ans, une femme de Caumont, petit village du département de Vaucluse, réglée par les points lacrymaux.

Dans tous ces cas, dont les auteurs fourmillent, il y avait évidemment substitution de l'évolution ovarique par un autre raptus hémorragique ; mais, chez notre malade, l'ovaire était en rapport direct avec le kyste suppurant ; une de ses faces faisait saillie dans sa cavité. N'est-on pas conduit à penser que l'opinion de M. Coste et des auteurs modernes sur la sécrétion des ovules, considérée comme cause de l'apparition menstruelle, trouve ici une confirmation précieuse?

Ne peut-on pas croire que l'ovule, au lieu d'arriver dans l'utérus par la trompe, est tombé dans la cavité du kyste ; qu'il y a déterminé une excitation comme il en aurait produit une dans l'utérus, et y a donné lieu à une sécrétion sanguine analogue à celle observée sur la surface de la muqueuse de la matrice? Les kystes pyogéniques n'ont-ils pas une certaine analogie avec les muqueuses? L'absence du flux menstruel par le vagin ne semble-t-il pas confirmer cette manière de voir ?

Voilà, ce me semble, quelques questions qui ne sont pas indignes de fixer l'attention des physiologistes et des chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE ; par M. Bouchut, *médecin des hôpitaux de Paris, etc.* (3).

La médecine des enfants a, depuis longtemps, fixé l'attention des praticiens, et a donné lieu à bon nombre de travaux recommandables. Il suffit de citer ceux

(1) *Journal hebdomadaire,* février 1828, p. 257.
(2) *Transactions médicales,* t. VI, p. 32.
(3) Un volume in-8°, 2e édition, 1852.—Chez J.-B. Baillière.

de Rosen, d'Underwood, et, en France, ceux de MM. Guersant et Blache, Rilliet et Barthez, etc. Mais ces habiles médecins ne se sont guère occupés que des maladies qui se manifestent depuis la première dentition jusqu'à la puberté. Les maladies des nouveau-nés ont été à peu près passées sous silence, et n'ont guère donné lieu qu'à quelques travaux restreints : ceux de Billard, Valleix, et les Mémoires de M. Trousseau. Ces travaux sont consacrés à l'étude d'un petit nombre de maladies, et n'embrassent pas le sujet d'une manière générale. M. Bouchut a pensé qu'il pourrait être intéressant et utile pour les praticiens de réunir, dans un seul ouvrage, toutes les maladies qui surviennent chez l'enfant, depuis sa naissance jusqu'à la première dentition. C'est ce qui l'a déterminé à publier, en 1845, sa première édition. Celle-ci a paru sous la forme d'un manuel. Le succès avec lequel elle a été accueillie dans le monde médical l'a engagé à agrandir son cadre, et à publier cette fois un traité dogmatique des maladies médicales et chirurgicales des nouveau-nés, formant un volume in-8°, qui n'a pas moins de 924 pages. Nous osons prédire un plus grand succès encore à cette nouvelle édition ; car les nombreuses additions qu'y a faites M. Bouchut l'ont transformée en un traité complet des maladies de la première enfance, écrit avec clarté et méthode, et auquel une expérience déjà étendue a donné un cachet éminemment pratique.

Comme dans la première édition, M. Bouchut fait précéder son livre de longues considérations sur l'hygiène de la première enfance. Il nous suffira de citer quelques têtes de chapitres pour en faire ressortir tout l'intérêt. Ainsi, il s'occupe des soins à donner à la femme grosse à l'égard de son enfant, des soins à donner après la naissance. Il y a un remarquable chapitre sur l'allaitement tant maternel et par les nourrices qu'artificiel, sur les vêtements, la toilette des enfants, etc. Il s'est occupé surtout de l'influence des maladies antérieures et des maladies actuelles de la nourrice sur la santé des enfants. C'est là, en effet, une des questions les plus délicates et les plus importantes de la médecine. Il s'agit ici de déterminer l'influence de l'hérédité maternelle et l'influence des maladies actuelles de la nourrice. A la première se rattache la transmission de tous les vices d'organisation et des maladies diathésiques, scrofule, syphilis, etc. A la seconde catégorie, on peut rapporter les maladies qui altèrent la sécrétion laiteuse, et celles qui exercent leur influence sans altération du lait. Ici se rangent les impressions morales, le retour des règles, certaines maladies de peau, les cachexies, etc. A ce chapitre se rattache aussi la question si importante débattue récemment à l'Académie de médecine, la syphilis des nouveau-nés. M. Bouchut qui a publié, en 1850, un premier Mémoire sur ce sujet, prend nettement son parti : il admet la transmission héréditaire de la syphilis par le père ou la mère ; seulement, il en circonscrit la possibilité à la période des accidents secondaires. Il admet la syphilis par transmission directe de la nourrice au nourrisson et du nourrisson à la nourrice. Il accepte comme démontrée l'origine syphilitique du pemphigus congénital, des maladies du thymus, et de cette altération particulière du poumon que M. Depaul a décrite. Je veux bien croire avec M. Bouchut que ces diverses opinions sont fondées, et j'avouerai que certaines observations qu'il a publiées sont assez convaincantes ; seulement, en face des contradictions nombreuses et puissantes qu'ont soulevées ces opinions, j'aurais voulu que M. Bouchut restât un peu plus réservé. Cela convenait mieux à la nature de son ouvrage ; ce qui n'empêche pas que cet article sur la syphilis ne soit l'un des plus intéressants qui aient été publiés sur la matière.

Ce chapitre sur la syphilis est précédé par quelques pages consacrées à un sujet tout à fait neuf, je veux dire à la croissance. M. Bouchut a fait de nombreuses recherches personnelles ; il s'est aidé des tables de M. Quételet, et il a constaté comme lui que la croissance la plus rapide a lieu immédiatement après la naissance; l'en-

fant, dans l'espace d'un an, croît d'environ 2 décimètres. Cette croissance est considérablement modifiée par les maladies. Sans parler du rachitisme qui arrête la croissance, il est certain que les fièvres, les maladies aiguës et l'éclampsie font grandir. Mais ici, il faut, comme le fait très-judicieusement remarquer M. Bouchut, distinguer entre la croissance *apparente* et la croissance *réelle*. Ainsi, il arrive souvent que l'on constate un agrandissement considérable le jour où un malade se lève, et que cet agrandissement diminue, après deux ou trois jours, au point de tomber de 3 à 1 centimètre. C'est là un fait que M. Bouchut signale comme assez habituel, et qui le porte à recommander d'attendre toujours trois ou quatre jours après la levée du malade pour avoir le chiffre exact de l'accroissement. La croissance peut avoir elle-même une certaine influence sur les maladies. M. Bouchut signale, comme pouvant lui être rapportées, quelques maladies du cœur, et, dans les cas d'accroissement trop rapide, quelques paralysies des extrémités inférieures.

Mon analyse n'a porté jusqu'ici que sur deux parties très-restreintes du livre de M. Bouchut, et je n'ai encore rien dit de la pathologie proprement dite. Je suis contraint d'être bref; aussi bien les divers sujets qui sont du domaine de la pathologie interne peuvent-ils assez difficilement se plier à l'analyse. La deuxième partie du traité est consacré à la pathologie générale de l'enfance; celle-ci est bornée presque à un seul chapitre, c'est-à-dire à l'étude des moyens d'expression de l'enfant. Il y a là quelques considérations ingénieuses et des observations pleines de sagacité qui ne peuvent manquer d'être d'une haute utilité dans la pratique. Plus loin, vient la pathologie spéciale de l'enfance, et ici sont décrites l'une après l'autre toutes les maladies médicales et chirurgicales : les unes brièvement, les autres *in extenso* ; parmi ces dernières, je recommanderai surtout les méningites, les affections pulmonaires, les diarrhées, où l'on trouvera des considérations neuves. A toutes les descriptions est attachée l'étude des indications thérapeutiques et des moyens d'y satisfaire ; les nombreuses recherches que M. Bouchut a faites avec M. Trousseau sur l'action des divers médicaments donnent à son travail un haut intérêt pratique. Il me reste enfin à dire quelques mots de deux innovations que M. Bouchut a apportées à son livre. J'ai déjà parlé de l'une ; c'est la réunion de la pathologie médicale avec la pathologie chirurgicale de l'enfance. Sans doute, il y a quelque avantage à en agir ainsi. Mais si l'on voulait donner une certaine extension à chacun des articles de médecine et de chirurgie, le livre prendrait des proportions démesurées. Je crois, du reste, que le rapprochement de maladies si diverses est de nature à jeter quelque confusion dans l'esprit du lecteur. Je n'en dirai pas autant de la deuxième innovation que j'ai à signaler. Elle consiste dans l'addition de formules dogmatiques placées à la fin des chapitres les plus importants, et résumant en une phrase concise les faits les plus importants et les idées principales que renferme l'article. C'est la une pensée des plus heureuses, dont nous félicitons M. Bouchut, et les médecins auxquels son livre est désormais indispensable lui sauront gré de leur éviter de longues recherches, et de leur rappeler en quelques lignes les faits et les idées dont le souvenir est nécessaire dans l'étude et le traitement des maladies des enfants. O.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 18 *octobre*. — *M. Marshall Hall* communique un nouveau cas de succès du traitement de l'épilepsie par la trachéotomie. Le malade avait éprouvé des accès affreux et presque journaliers depuis vingt ans ; il était

devenu blême et maigre, avait perdu l'intelligence. L'épilepsie avait la forme de l'*epilepsia laryngea,* forme à laquelle la trachéotomie est appropriée et limitée. Voici la description d'un de ces accès donnée par M. Mackarsie, de Clay Cross (Chesterfield), à qui la médecine est redevable de ce fait : — « L'accès est subit, jette le malade avec violence sur la terre ; alors, pendant quelques minutes, il y a des efforts infructueux pour respirer; la respiration s'effectue enfin par des inspirations striduleuses d'abord , puis librement, et, l'accès fini, restent le coma, l'oubli. Pendant l'accès, la figure est fortement congestionnée, le cou tuméfié, les veines gonflées. » — L'opération a été faite il y a sept semaines. Depuis lors, il n'y a eu que des menaces avortées, mais point d'accès. Le teint est devenu moins blafard, l'intelligence est moins affaiblie. L'opéré continue à porter la canule.

Le malade qu'a traité M. Cane continue à n'avoir plus d'attaques, portant toujours la canule depuis vingt mois.

— *M. J. Budge* (de Bonn) adresse une note démontrant que la lumière a une influence directe sur les mouvements de l'iris.

Si l'on coupe à une grenouille d'abord le tronc du nerf grand sympathique d'un côté, au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, et en même temps les deux nerfs optiques, la pupille se rétrécit dans une heure ou un peu plus tard, du côté où l'on a coupé le nerf grand sympathique. Si alors on met cette grenouille dans une place obscure, la pupille, qui venait d'être contractée, se dilate, et quand on expose l'œil à la lumière, elle se rétrécit de nouveau. Mais la lumière n'agit point ou peu sur la pupille de l'autre côté où l'on a coupé seulement le nerf optique, mais pas le nerf grand sympathique. Les résultats restent les mêmes si l'on coupe la tête à une grenouille et si l'on enlève les yeux de l'orbite. En ce cas, la pupille se rétrécit aussi par la lumière et elle se dilate quand on met l'œil à l'obscurité. On peut voir ce phénomène à peu près pendant une heure.

26 *octobre.* — *M. Sédillot* lit un Mémoire sur l'urétrotomie appliquée au traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre, et rapporte quatre exemples de succès. Une précaution essentielle dans ces cas, est d'ouvrir l'urètre au-devant de la coarctation sur une grosse sonde métallique, et de fixer immédiatement les parois du canal par un fil, une épingle, une mince érigne, etc., pour être certain de les retrouver dans tous les moments de l'opération. Une irrigation d'eau froide facilite l'examen des parties et permet de découvrir, à l'aide d'un stylet d'argent cannelé, l'orifice du rétrécissement; si l'on ne parvenait pas à traverser l'obstacle, on pourrait le franchir avec un stylet conique, ou aller ouvrir l'urètre au-devant de la prostate et découvrir le rétrécissement d'arrière en avant, au moyen d'un stylet d'argent recourbé et introduit dans cette portion du canal.

Académie de médecine. — 19 *octobre.* — *M. Danyau* lit un rapport sur une observation de renversement complet de la matrice, réduit au bout de quinze mois par M. Barrier, de Lyon. — Renvoi au comité de publication. Nous reviendrons sur ce rapport intéressant.

— *M. Hutin* dépose sur le bureau un Mémoire sur la cure radicale de l'hydrocèle, duquel il lit seulement un court résumé. (Voir ce résumé à la *Revue critique*.)

26 *octobre.* — *M. Boint* adresse un Mémoire sur la *cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire à l'aide des injections iodées.*

— *M. Valentin*, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, communique, à l'occasion du rapport de M. Danyau, un cas de renversement complet de l'utérus qu'il a réduit au bout de seize mois et demi.

— *M. Gaultier de Claubry* lit un rapport sur un Mémoire de M. Mouchet, médecin français établi à Bone (Algérie), relatif aux *maladies des pays chauds.* — Selon

l'auteur du Mémoire, toutes les maladies dont le siége lui semble être dans l'abdomen, fièvres intermittentes et rémittentes, continues, typhoïdes, dyssenterie, hépatite, reconnaissent pour cause unique l'action délétère des miasmes paludéens, et toutes ces affections doivent être rapprochées dans un groupe unique aussi, sous le nom commun de fièvres paludéennes. Sans s'arrêter à combattre ce que ce système a de trop exclusif, la commission propose d'adresser à l'auteur une lettre très-explicite de remercîments et de déposer honorablement son travail aux archives. — Adopté.

— *M. Bonnafont* communique une observation de bec de lièvre double très-compliqué opéré avec succès. Nous l'avons publiée dans la *Revue critique*.

— *M. Hervieux* lit un travail ayant pour objet de démontrer que certaines maladies des nouveau-nés, telles que le sclérème, l'ictère, etc., dépendent d'une imperfection originelle du système nerveux.

— *M. Moreau* (de Tours) lit un Mémoire *sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiotisme et de l'imbécillité.*

2 *novembre.* — *M. Pinel* lit un Mémoire sur le *traitement de l'aliénation mentale par les bains et les arrosements.*

— *M. Vecchi* présente un squelette articulé à l'aide d'un mécanisme qui permet de lui faire exécuter tous les mouvements qu'exécute l'homme vivant, et de lui faire conserver toutes les positions dans lesquelles on le place.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats de la section de médecine vétérinaire.

9 *novembre.* — L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. Il y a 86 votants ; majorité, 44. Au premier tour de scrutin :

M. Leblanc obtient 45 suffrages.
M. Bouley fils, 33.
M. Lacauchie, 6.
Deux billets blancs.

En conséquence, M. Leblanc est nommé membre de l'Académie, sauf approbation de l'autorité supérieure.

— M. Guilbert lit un Mémoire sur l'*intoxication électrique.*

VARIÉTÉS.

Nouvelle réponse de M. J. Guérin.—Procès en police correctionnelle.

Notre numéro a subi un retard inaccoutumé, dont nous voulons rendre compte à nos lecteurs. On lisait, dans la *Gazette médicale* du 6 novembre, p. 714 :

« M. Malgaigne n'a pas inséré dans son journal la lettre que nous lui avions adressée en réponse à ses attaques incessantes. *Il a eu de bonnes raisons sans doute,* pour ne pas initier ses lecteurs à nos *explications.* Mais puisqu'il a cru pouvoir se soustraire aussi aisément à la justice de l'opinion, la seule que nous avions réclamée, il ne trouvera pas mauvais que nous recourions aux tribunaux qui, nous l'espérons, ne feront pas aussi bon marché de ses injures et de ses diffamations réitérées. »

Nous avons voulu attendre la réalisation de ce beau projet, pour être en mesure de l'annoncer nous-même. On nous a fait un peu languir ; mais, enfin, une assignation nous est arrivée le 20 novembre, pour avoir à comparaître, le 15 décembre prochain, en police correctionnelle.

Une première réflexion. M. Guérin, s'adressant aux benoîts lecteurs de sa *Gazette médicale*, leur annonce délicatement que nous avons voulu *nous soustraire à la justice de l'opinion*, en refusant d'insérer ses explications, et que *nous avons eu de bonnes raisons sans doute*. Ces raisons, nous les avions dites; pourquoi les cache-t-il? Ses explications, nous nous étions engagé à les publier; pourquoi dit-il le contraire? Et s'il tenait à la justice de l'opinion, pourquoi n'ose-t-il pas publier d'abord ses explications dans son propre journal? pourquoi n'insiste-t-il pas pour les voir insérer dans le nôtre? Nous répétons à notre tour : *Il a eu de bonnes raisons sans doute*... Et en retirant ses explications, parce que nous en voulions retrancher les injures, il autorise quelque peu à croire qu'il préférait les injures aux explications.

Aujourd'hui donc, M. Guérin ne se soucie plus de s'expliquer devant le public; il préfère le huis clos de la police correctionnelle. Soit : ce huis clos, absolu pour les lecteurs, s'ouvre devant les auditeurs; et nous sommes certain que bon nombre de témoins seront curieux d'entendre ses *explications*.

A notre tour maintenant. Depuis que nous avons eu le malheur de gagner contre M. Guérin, en police correctionnelle et en cour royale (1844), un procès qu'il nous avait imprudemment intenté, nous avons eu un ennemi implacable, acharné à saisir toutes les occasions de nous attaquer et de nous injurier. Toutes les fois que ses attaques portaient sur des questions scientifiques, nous nous sommes donné le plaisir de lui répondre; et il a manifesté plus d'une fois que ces réponses n'étaient pas de son goût. D'autres, plus compétents, ont été moins difficiles. Il s'est alors réfugié dans un autre système d'attaques, où il n'avait pas à craindre de réponse; laissant le savant pour s'en prendre à l'homme, il n'est sorte de provocations et d'indignités dont il ne nous ait assailli. Notre patience a été longue, et quelque peu méritoire; mais, s'il faut le dire, le dédain nous protégeait contre de tels outrages; et une commisération facile à comprendre nous empêchait de recourir au seul moyen de lui imposer silence; il nous répugnait de conduire un confrère, quel qu'il fût, devant les tribunaux; d'accabler encore une fois un malheureux plaideur déjà éprouvé par tant de défaites. Aujourd'hui, chose curieuse et inattendue! c'est lui qui prend l'initiative; c'est lui qui prend la police correctionnelle pour juge...

Quos vult perdere Jupiter dementat.

Nous irons, puisqu'il le veut; mais non pas de la manière qu'il s'est figuré. Il a cru nous poursuivre; c'est lui qui sera poursuivi. Il a voulu une leçon dernière; il l'aura. Et le gant ainsi jeté, nous irons jusqu'au bout de l'œuvre; nous ferons cesser ce scandale de provocations et d'injures personnelles mêlées à la politique scientifique; nous ramènerons, de gré ou de force, les discussions de la *Gazette médicale* dans les termes d'où elle n'aurait jamais dû sortir. Dès ce moment, nous lui signifions, de par justice, de s'abstenir à notre égard de toute insulte touchant à la personne, en la conviant à passer le savant au creuset de sa critique autant qu'il lui conviendra.

— Par une coïncidence très-singulière, quelques semaines après l'arrêt de la cour d'appel de Paris, qui faisait ressortir le nouveau progrès accompli par M. J. Guérin en orthopédie, il recevait de son gouvernement la croix d'officier de l'ordre de Léopold. Les journaux belges rappellent à cette occasion que M. J. Guérin, né à Boussu (Hainaut) est une des gloires de la Belgique et n'appartient pas à la France. Nous nous en réjouissons avec eux.

Programme du cours populaire d'hygiène publique et privée, fondé par M. Nadau.

Nous avons annoncé que M. Nadau, de Tonneins, avait fondé un prix de 3,000 francs à décerner par l'Académie de médecine, au professeur du meilleur cours populaire d'hygiène publique et privée. M. Nadau a adressé à l'Académie le programme suivant de ce cours :

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé ; montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes ;

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements ;

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent ;

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable, les désordres, les crimes, etc. ;

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes ; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les Sociétés de tempérance en Angleterre et aux États-Unis ;

6° Traiter de l'exercice et du travail, en en montrant les bons effets sur la santé, dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture ;

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

Nota. Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier, *à ses frais*, les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

— La Faculté de médecine de Paris a fait, le 3 novembre, sa rentrée solennelle avec le cérémonial accoutumé. M. le professeur Piorry a prononcé l'éloge de M. Fouquier, qui a été suivi de nombreux applaudissements.

Après ce discours, ont été décernées, au nom de la Faculté, les récompenses suivantes :

Prix de l'École pratique. — *Grand prix* (médaille d'or) : M. Duménil.

Deuxième prix : MM. Faivre, Mandon, Titon.

Mention honorable : M. Freminceau.

Prix Montyon. — Partagé entre : MM. Charcot et Foucher.

Accessit : M. Leroy-d'Etiolles.

Prix Corvisart. — M. Chateau.

— MM. les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie sont informés que des épreuves vont avoir lieu au siége des trois Facultés de médecine pour la nomination dans l'armée à :

40 emplois de médecin aide-major de 2e classe,
20 emplois de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les candidats auront à satisfaire aux épreuves ci-après déterminées, devant un jury d'admission composé de deux médecins et d'un pharmacien militaires présidés par un inspecteur, membre du conseil de santé des armées, savoir :

Pour l'emploi de médecin aide-major.

1° Composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales ;

2° Épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques ;

3° Epreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Pour l'emploi de pharmacien aide-major.

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Les épreuves s'ouvriront à Montpellier le 1er décembre
— à Strasbourg le 10 décembre.
— à Paris le 24 décembre.

Les candidats sont priés de se faire inscrire au secrétariat de chacune des Facultés de médecine, ou dans les bureaux de l'intendant militaire qui réside dans la même ville.

Ne seront admis à concourir que ceux qui seront Français, âgés de moins de 28 ans au 1er janvier 1853, pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de maître en pharmacie, et exempts de toute infirmité qui rende impropre au service militaire. Ces conditions diverses seront constatées par le dépôt d'un extrait de naissance, par celui des diplômes de docteur ou de maître délivrés en France, et par la production d'un certificat d'aptitude au service militaire établi par un médecin militaire du grade de major au moins.

Les candidats classés en rang utile, sur la liste générale d'aptitude, seront immédiatement nommés, par le ministre de la guerre, à des emplois d'aide-major de 2e classe commissionné ; ils seront appelés à fonctionner, pendant un an, dans les divers services du Val-de-Grâce, et admis à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires dont ils suivront les exercices pratiques; ils recevront, à l'expiration de ce stage, après avoir satisfait aux examens de sortie, le brevet de médecin aide-major de 2e classe dans l'armée.

Les médecins aides-majors commissionnés toucheront, pendant leur séjour à l'Ecole spéciale, la solde du grade d'aide-major de 2e classe, avec le supplément de Paris (2,800 fr. environ). Il leur sera compté pour la retraite cinq années de service, à titre d'études préliminaires, antérieurement à leur admission dans le grade effectif de médecin aide-major de 2e classe.

Le programme des épreuves annoncées et du régime intérieur de l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires sera remis aux candidats qui en adresseront la demande aux intendants militaires des 1re division à Paris, — 6e division à Strasbourg, et 10e division à Montpellier ; aux secrétariats des Facultés de médecine et aux secrétariats des Académies de Marseille, — Caen, — Dijon, — Besançon, — Toulouse, — Bordeaux, — Rennes, — Tours, — Grenoble, — Nantes, — Angers, — Reims, — Nancy, — Lille, — Arras, — Clermont-Ferrand, — Lyon, — Rouen, — Amiens, — Poitiers et Limoges.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* vient d'instituer un *prix de mille francs*, à décerner à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : « De l'albuminerie, sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. »

Les Mémoires écrits en langue française, devront être adressés *franco*, avant le 31 décembre 1853, à M. le docteur Roger (Henri), secrétaire général de la Société, 51 *bis*, rue Sainte-Anne. Chaque manuscrit devra porter une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté, avec le nom de l'auteur. Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS.

DÉCEMBRE 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Observation et remarques sur un cas de fièvre pernicieuse tierce doublée, *avec accès carotique;* par le docteur **Mercier Sainte-Croix**, *de Tonneins.*

Au milieu des progrès incontestables de la médecine moderne, surtout dans la localisation des maladies, il y a cependant une exagération d'autant plus périlleuse qu'elle a surpris les esprits les plus éminents, et tend à passer à l'état de doctrine. C'est cette tendance à dissocier les éléments morbides, à fractionner une maladie en une foule de maladies, à compter autant d'affections sur un malade qu'on trouve d'organes et de liquides affectés ou de symptômes prédominants; en sorte que, dans une fièvre typhoïde, par exemple, on trouve à la fois une entérite, une bronchite, une méningite, une altération du sang, etc., etc. Il y a cependant des affections vraiment essentielles, où toutes ces lésions doivent passer pour secondaires, où toute l'attention doit se porter sur la nature même de la maladie; et ces exceptions à leur doctrine devraient suffire pour arrêter nos trop hardis novateurs. Voici, par exemple, un cas de fièvre pernicieuse où, si l'on n'eût écouté que le diagnostic anatomique, très-probablement on aurait pu le vérifier sur le cadavre; et, outre l'intérêt que comporte l'observation d'un cas assez rare en lui-même, peut-être n'est-il pas inutile, au point de vue de l'enseignement plus général qui en résulte, de le mettre sous les yeux des praticiens.

Obs. — A. V..., jeune homme de 35 ans, fortement constitué, très-actif, sujet à des migraines, légèrement mélancolique depuis la mort de sa femme, venait de se livrer à un travail forcé de plus de deux mois ; se levant à trois heures du matin, il parcourait des champs labourés pour compter des tabacs, mangeait à peine en courant, et, vers deux ou trois heures du soir, il rentrait accablé de fatigue et de besoin, après avoir supporté une chaleur de plus de 30°; il mangeait alors rapidement, et se mettait à ses écritures de comptabilité pour recommencer le lendemain.

Déjà, depuis cinq ans, il avait eu les fièvres à plusieurs reprises, sans pouvoir s'en débarrasser complétement. Elles avaient revêtu tous les types : rémittentes, tierces, quartes, nocturnes, diurnes; parfois elles s'étaient accompagnées d'un peu de délire, surtout les nocturnes, mais jamais elles n'avaient été pernicieuses.

Son travail le conduisit pendant quinze jours au *Mas-d'Agennais*, petite ville désolée par des fièvres endémiques, dues au voisinage du canal latéral de la Garonne.

Le 8 septembre 1848, s'étant fatigué plus qu'à l'ordinaire, il eut dans la nuit du frisson et la fièvre. Aussitôt l'accès terminé, il partit pour Tonneins, espérant s'en délivrer par le repos, et surtout par le changement d'air.

Le 9 septembre, dans la soirée, je fus appelé pour la première fois auprès de lui. Il y avait rémission ; le malade cependant désirait une saignée, qui ne me parut pas urgente, et je voulus attendre au lendemain. Voici d'ailleurs dans quel état il se trouvait après l'accès terminé : Il n'avait plus eu ni frisson ni sueurs, mais la rémission n'avait pas été complète. La peau était encore chaude, le pouls à 75, la face un peu colorée. Les symptômes de dyspepsie étaient prédominants : la langue était blanche, rosée sur les bords, assez large, humide; il existait des nausées, une inappétence complète, la bouche mauvaise et la soif vive, de la constipation. — Prescription : *Ipéca, 1 gramme 20 centigrammes; tartre stibié, 10 centigrammes; en trois paquets, à prendre le lendemain de bonne heure dans de l'eau tiède.*

Le 10 septembre, le vomitif avait produit trois évacuations de matières bilieuses verdâtres. La nuit, il y avait eu un redoublement de fièvre sans frisson, et le malade avait rêvé et parlé haut. La moiteur était ensuite survenue. La soif était encore vive, la langue comme la veille ; les nausées avaient disparu. On sentait dans la fosse iliaque droite un gargouillement abondant, et néanmoins la constipation durait depuis deux ou trois jours. La rate offrait à la percussion 8 travers de doigt de hauteur sur 6 de largeur; durant l'exacerbation fébrile, le malade avait ressenti une sensation de poids ou de tiraillement.—Prescription : *Limonade purgative à la magnésie.*

Le purgatif amena trois selles liquides fétides et un vomissement. Les symptômes de dyspepsie disparurent; mais la rate resta dans le même état.

Le 11 et le 12, rien n'accusant un type intermittent, on se borna à prescrire des délayants acidulés.

Le 13 septembre, vers une heure de la nuit, paroxysme sans frisson, mais avec augmentation de la chaleur, et léger délire. A neuf heures du matin, la moiteur arriva. La langue, nette la veille, était redevenue rouge et chargée; il y avait eu quelques nausées; le pouls était à 80, sans irrégularités. La rate, sans changement de dimensions, était redevenue douloureuse. La rémission arriva vers onze heures. — Prescription : *Lavement avec quinquina jaune, 20 grammes, et 8 gouttes de laudanum; potion avec arsénite de potasse, 3 milligrammes; tisane de centaurée.*

La potion fut prise immédiatement; vers midi et demi survint un nouvel accès

sans délire, sans frisson, mais avec sueurs très-abondantes; et le lavement fut retardé jusqu'à quatre heures, époque où se termina cet accès, qui avait été plus court que le précédent.

Le 14, journée très-bonne et sans paroxysmes. On continue le lavement et la potion.

Le 15, l'accès nocturne manqua; mais, vers midi environ, la chaleur s'accrut un peu et disparut au bout d'une heure sans sueurs. — *Même prescription.*

Le 16, journée très-bonne. L'appétit revient. — *Deux bouillons; deux potages. Même prescription.*

Le 17, la nuit avait été très-bonne, sans ombre de fièvre; le lavement qui devait être pris dans la matinée ne le fut pas. Vers onze heures, léger malaise; et à midi commença l'accès pernicieux que nous allons décrire.

Accès pernicieux. — Après un frisson fort et rapide son œil devint fixe; il se dressa sur son séant et se mit à crier : « *Que veut tout ce monde? Chassez toutes ces personnes qui sont ici!* » Sa mère lui parla, il ne répondit plus; sa figure était hébétée, ses mains s'égaraient sur sa chemise, ses doigts s'agitaient comme s'il eût voulu faire de la charpie avec ses draps. Je suis appelé en toute hâte, et je constate en outre ce qui suit : Les conjonctives fortement injectées, les pupilles contractées; la face rouge et même un peu violacée par places. Décubitus dorsal, avec tendance du corps à rouler vers les pieds du lit; immobilité du corps, soubresauts des tendons, dents contractées, surdité ou mutité. Insensibilité de la vue, tact obtus; pouls à 80, plein, régulier, vibrant; peau chaude. — *Affusions froides sur la tête; sinapismes aux extrémités.*

En présence d'un cas aussi grave que celui-là, je demandai une consultation; elle eut lieu vers deux heures avec M. le docteur Crebessac.

Le diagnostic n'était pas douteux, mon confrère reconnut tout de suite avec moi une fièvre tierce doublée, un accès pernicieux à forme comateuse ou carotique. La carphologie avait disparu, mais les soubresauts des tendons étaient plus marqués. Les yeux n'étaient plus fixes et ouverts, mais bien fermés. En écartant les paupières, on retrouvait les pupilles et les conjonctives telles que je les ai décrites. La face était sans expression, rouge encore; le corps sans mouvements, les sens dans le même état qu'à mon premier examen, et même un peu plus assoupis. Le pouls était à 80, plus vibrant, mais avec quelques irrégularités. La respiration grande, suspirieuse, rare. La rate n'avait subi aucun changement. — *Saignée de* 500 *grammes; affusions froides; sinapismes en permanence.*

A quatre heures, aucun changement ne faisait encore présager la fin de l'accès. Le sang de la saignée formait un caillot bien lié, assez consistant, sans couenne et avec peu de sérosité. — *Deux vésicatoires ammoniacaux aux cuisses. Lavement avec quinquina jaune,* 20 *grammes, et musc,* 50 *centigrammes.*

A sept heures, même état; on réitère le lavement. A onze heures, même état. — *Lavement avec* 1 *gramme* 50 *centigrammes de sulfate de quinine, et* 1 *gramme de camphre, à répéter de trois en trois heures.*

L'état resta le même jusque vers cinq heures du matin, où il y eut un redoublement de chaleur; le pouls monta à 90. Un peu plus tard, le malade commença à agiter les bras, à se tirailler la verge, à pousser quelques soupirs plaintifs, à se remuer lorsqu'on touchait les vésicatoires avec du vinaigre. Il n'avait pas uriné depuis la veille.

Vers six heures du matin, il y avait un peu plus de mouvements; il changeait de place dans son lit, gémissait, était plus sensible au tact; il avait uriné une fois sous lui, mais il se tiraillait encore la verge. Je palpai la région hypogastrique,

elle n'était pas très-douloureuse, et la matité n'y était pas très-étendue. Le pouls tombé à 75, avec quelques irrégularités. — *Continuer la quinine en lavement à 1 gramme, de trois heures en trois heures.*

A neuf heures, même état. Seulement, l'hypogastre était devenu douloureux, et la matité remontait assez haut au-dessus du pubis. Je le sondai. Il s'agita beaucoup, poussa de petits cris de douleur. Il s'écoula de l'urine par la sonde; mais les aides ayant cessé de le maintenir, il déplaça la sonde et je ne cherchai pas à la réintroduire; j'exerçai des pressions graduées sur le pubis, et je fis appliquer un urinoir froid à la partie interne des cuisses. Au milieu de ces tentatives, il se leva en chancelant, s'assit sur le bord du lit, et, sans prononcer un mot, se mit en position pour uriner; on lui présenta un vase, il urina abondamment, et laissa aller sous lui beaucoup de matières fécales, colorées par les lavements. On le changea de linge et on le recoucha.

Dès ce moment, il fut plus calme, se retournant de temps en temps dans son lit et ouvrant de temps en temps les yeux. Vers midi, les tiraillements de la verge recommençant et l'hypogastre étant redevenu mat et douloureux, je fis donner un lavement d'eau pure très-froide; au bout de quelques minutes, il se leva, sauta en chancelant au bas de son lit, s'assit sur un vase de nuit, urina et alla abondamment à la selle. Les conjonctives étaient encore injectées, les pupilles contractées; le pouls à 75, sans irrégularités. — Prescription : 2 *sangsues à chaque tempe; 2 vésicatoires camphrés à chaque mollet; suspendre la quinine.*

Les sangsues coulèrent abondamment; les vésicatoires furent très-bien appliqués. Mais tout resta à peu près dans le *statu quo* jusqu'à six heures du soir. Comme on le remuait, il demanda qu'on le laissât tranquille, et il retomba dans son assoupissement.

Vers dix heures du soir je le revis, il répondait depuis environ deux heures assez bien aux questions qu'on lui faisait; il ne se rappelait rien; il était étourdi et un peu sourd; sa face était un peu hébétée; les vésicatoires et les lieux où on avait appliqué les sinapismes le faisaient beaucoup souffrir. Depuis midi environ, nous dit-il, il avait reconnu quelques-uns de ses amis, mais dans certaines positions seulement.

Je pus alors examiner la rate : la matité ne donnait pas tout à fait quatre travers de doigt en carré.

Les lavements de quinquina ou de quinine furent encore administrés tous les jours à la dose de 20 grammes ou de 1 gramme pendant une semaine consécutive, vers cinq heures ou six heures du matin; puis huit jours encore aux mêmes doses dans les jours apyrétiques seulement. Il avait repris son régime de vie habituel, l'appétit était très-fort, la coloration était bonne, les digestions faciles; il avait maigri beaucoup, mais il éprouvait, disait-il, un sentiment de bien-être indéfinissable. Au bout de cinq jours, la quinine fut reprise pendant trois jours à 1 gramme, et puis il fut mis à 30 grammes de vin de quinquina pendant quelque temps.

Voilà plus d'un an que ce fait s'est passé, et bien qu'il ait repris ses travaux fatigants, il n'a plus eu un seul accès de fièvre; deux fois seulement il a eu des menaces, qu'annonçaient des douleurs lombaires et l'état des urines; mais un peu de diète, de tisane amère et de vin de quinquina ont suffi pour enrayer le retour de la fièvre, qui peut-être ne serait même pas revenue.

Ce n'est pas tout que de raconter un fait brut, ce fait ne parle qu'à la condition suivante : il faut que le praticien puisse vous initier aux indications qui l'ont dirigé; il faut que vous puissiez vous mettre à sa place, et saisir le fil qui l'a conduit dans l'institution du traitement.

On a vu tout d'abord quelle obscurité enveloppait la marche de la maladie. Déjà, toutefois, les antécédents, le lieu dans lequel elle avait été contractée, son début, nous fournissaient des éléments précieux de diagnostic; non pas de ce diagnostic anatomique qui se restreint dans l'exploration des organes, mais de ce diagnostic bien autrement élevé qui, avant même toute exploration organique, à l'aide des symptômes, de la marche, de la forme, établit l'essentialité de l'espèce morbide, et qu'il importe d'ailleurs de compléter en recherchant les lésions secondaires dans les divers appareils. Ce n'est pas là, comme on l'a prétendu, une vaine ontologie; c'est de l'observation éclairée par l'expérience de tous les temps; c'est en même temps la saine pratique, qui apprend à courir au plus pressé, à attaquer la maladie dans son essence; sachant bien que la guérison de celle-ci fera disparaître les lésions secondaires, comme l'arbre meurt dans toutes ses parties, après qu'on a attaqué ses racines.

La fièvre que nous venons d'étudier se rapporte aux formes que Bonnet désignait sous le nom de *tritæophia carotica;* que Torti appelait *tertiana lethargica*, et que Sauvages caractérise ainsi : « *Ea est spe-* « *cies vel singulis, vel alternis diebus exacerbans vespere, quæ pro præ-* « *cipuum symptoma affert soporem gravem, quem precessit gravis cepha-* « *lalgia.* » (T. II, *Nosol.* p. 298.) Un peu plus haut, il dit en parlant de ces mêmes fièvres, qu'elles ne sont pas très-rares : « *Minimè rari sunt* « *morbi, sed vulgo febres malignæ indiscriminatim vocantur.* » Baglivi les regardait comme très-graves : « *Tritæophiæ febres, sunt inter omnes* « *febres valdè graves et periculosæ : specie, magnitudine, more, motu pe-* « *riodico universali et particulari, terrificæ sunt et pravæ; hâc de causâ* « *possunt malignæ vocari.* » (P. 54.)

Le diagnostic était chose difficile au début, surtout pour un organicien. Il n'y avait eu de frisson que le premier jour, et la fièvre était continue; il n'y avait pas de période de sueur, il y avait seulement deux redoublements, un nocturne et un diurne. Ce ne fut qu'au bout de quatre jours, que le type commença à se dessiner; jusque-là, les symptômes que nous observions, langue saburrale, nausées, inappétence, dégoût, soif, gargouillement, etc., étaient des signes équivoques et qui pouvaient appartenir à une éphémère, à une synoque, soit simple, soit prolongée, soit putride, soit à une fièvre typhoïde, soit enfin à une fièvre vraiment intermittente, ou aussi bien à une rémittente. Les signes univoques manquaient, quoiqu'il en existât quelques-uns, savoir : les antécédents, l'habitation, et le début pareil, dans le cas qui nous occupe, au début dans d'autres périodes de fièvres réglées, qui pouvaient être rangés parmi les positifs. En était-il de même pour l'état volumineux de la rate? Une certaine école nous répondrait oui; mais que nous disent les faits? Sans remonter à l'étude des auteurs qui admettent que la rate peut devenir volumineuse par un mauvais régime et sous l'influence de certaines boissons : « *bibentibus autem splenes esse magnos* « *plenos, etc.* » (Hipp., *Des airs, des eaux et des lieux*). Ne sait-on pas que

la rate devient volumineuse dans les fièvres typhoïdes, dans la variole, comme j'ai pu le constater dans une épidémie qui a régné en 1848? En outre, dans le cas qui nous occupe, le malade avait eu les fièvres pendant cinq ans; l'état de ce viscère ne pouvait-il pas dépendre d'une affection organique chronique? Etait-il sous la dépendance de l'état actuel? Voilà les questions qu'on pouvait se poser, jusqu'à ce que la marche et les résultats thérapeutiques nous eussent éclairés : « *naturam* « *morborum curationes ostendunt.* »

Quelles conséquences pouvait-on tirer de ces données? Devait-on agir par une médication spécifique, ou par une médication commune? La médication symptomatique avait des indications bien nettes et bien tranchées, et il n'en était pas de même pour l'autre; c'est ce qui me décida à employer la première. De plus, dans ce cas-ci, la médication évacuante par le haut pouvait devenir heureusement curative, même dans le cas où la fièvre serait réglée, ce que nous ne savions pas encore. En comparant aux symptômes qui existaient : nausées, mauvaise bouche, anorexie, soif, langue saburrale, les indications que Boerhaave pose pour l'emploi des émétiques : « *vomitoria indicantur à fœtiditate ma-* « *tutinâ oris, ejus amarore, ructu, nausea, appetitu lentè ablato.....* » (*Instit.*, § 1202), on ne pouvait balancer, et c'est ce qui nous détermina.

Les émétiques ayant échoué, la coloration jaunâtre du pourtour du nez, la constipation, le gargouillement dans la fosse iliaque semblaient indiquer les purgatifs; l'effet en fut également nul. Nous résolûmes alors de nous en tenir à l'expectation, aux acidulés, etc., d'autant plus qu'il n'y avait pas péril en la demeure, et que la marche du mal pouvait nous éclairer sur sa nature.

Le 12, apparaît le premier symptôme de rémission qui, dès lors, n'a plus manqué; la langue devient nette ce jour là, pour redevenir chargée le lendemain, et les symptômes de dyspepsie disparaissent concurremment. Il était bien évident que nous étions arrivés au jour intercalaire, ou au commencement de la convalescence, ce que le jour suivant se chargerait de nous apprendre. En effet, dans la nuit du 12 au 13, le paroxysme éclate, et tout reprend l'aspect du 11; de plus, la rate devient douloureuse. Vers midi, un nouvel accès survient, et dès lors, le diagnostic se trouve établi, et les remèdes peuvent d'autant plus s'adresser à la nature de la maladie qu'ils sont plus spécifiques. A peine l'accès était-il terminé que nous administrâmes le quinquina par la voie des lavements. Le lendemain, l'apyrexie est plus marquée; le surlendemain, l'accès nocturne manque le premier; le méridien n'est pas aussi bien enlevé, quoique amoindri; nous continuons, et le malade va de mieux en mieux.

Jusqu'ici, la fièvre, sauf un peu de délire, n'avait présenté aucun caractère de malignité. Depuis trois jours, le malade prenait tous les jours un lavement de 20 grammes de quinquina jaune qu'il gardait très-longtemps; il ne s'était exposé à aucune cause aggravante, et néan-

moins, à l'heure de l'accès le plus tenace, la fièvre pernicieuse apparaît, un délire brusque et de courte durée, foudroyant par sa rapidité. La matité et la carphologie, puis le coma, se succèdent dans un temps très-court, et tout cela s'accompagne des symptômes que nous avons énumérés plus haut avec détail.

Ici, nous avions deux choses à examiner : les symptômes comateux, qu'on pouvait rapporter à une congestion cérébrale, affection de la fièvre, et qui nécessitaient une intervention prompte et énergique, car les affections tuent souvent; et la nature même de la maladie, son essentialité, qui demandaient aussi l'intervention de l'art, mais d'une manière moins urgente, moins actuelle. Ce furent ces deux distinctions qui nous servirent de guide au lit du malade.

Nous eûmes donc recours tout d'abord aux affusions froides sur la tête, et aux sinapismes appliqués sur les extrémités; puis, deux heures plus tard, à la saignée et aux vésicatoires. Tout échoua ; l'affection était trop sous la dépendance de l'espèce morbide, pour céder aux remèdes communs ; il fallait une médication plus spécifique. Alors, sans tenir compte des idées physiologiques qui nous enseignent que, sous l'influence des quinquinas, l'encéphale se congestionne, nous fîmes prendre au malade dans la durée de son accès plus de 60 grammes de quinquina jaune, et 3 grammes et demi de sulfate de quinine. On a vu, sous l'influence de cette médication, la congestion cérébrale se réduire à l'état de simplicité, et tandis que la veille nous avions échoué à l'aide de moyens très-actifs, quatre sangsues aux tempes et deux vésicatoires au mollet en eurent raison dans six heures ; c'est que lors de l'emploi de ces derniers moyens, l'élément pernicieux avait cédé au quinquina.

Il faut tenir compte aussi du bon effet du froid, soit appliqué extérieurement, soit intérieurement, pour combattre la rétention passive de l'urine ; il a agi avec une promptitude remarquable, tandis que les fomentations, les applications émollientes, n'avaient rien produit.

N'oublions pas aussi que, sous l'influence de cette médication énergique, la rate a considérablement et rapidement diminué de volume, quoique non instantanément, et enfin que cette fièvre tenace et rebelle ne s'est pas remontrée depuis cette époque. J'ai laissé s'écouler plus d'une année avant d'écrire les réflexions de cette observation, car ce n'est qu'après un temps suffisant qu'on peut être assuré que les fièvres n'ont pas récidivé.

Maintenant, il me semble permis de conclure de ce fait :

1° Que tant que la maladie essentielle n'est pas détruite, les affections sont difficilement combattues par les médications communes;

2° Que ces moyens, au contraire, agissent avec beaucoup d'efficacité une fois que la maladie qui les tenait sous sa dépendance a disparu;

3° Qu'une fièvre bénigne peut, dans les accès suivants, devenir pernicieuse, mais que si alors le traitement est convenablement dirigé, la guérison est plus rapide et plus à l'abri des récidives; il est vrai que c'est acheter cet avantage bien cher ;

4° Que le quinquina doit être donné à fortes doses, et d'une manière assez rapprochée pour que l'action d'une dose agisse avant que l'action de l'autre ait cessé ;

5° Que c'est par l'action efficace des médications générales sur les affections, lorsqu'il en existe, ou par l'amélioration de l'état général, ou bien encore par l'époque connue des accès, qu'on peut juger si le moment de cesser l'usage des préparations antipériodiques est arrivé;

6° Que l'état de la rate peut servir de guide pour continuer plus ou moins longtemps le traitement.

Note sur les goîtres estival épidémique et variqueux, *observés dans le département du Puy-de-Dôme* ; par **M. Nivet**, *professeur adjoint à l'école préparatoire de Clermont.*

Je désire fixer l'attention sur deux variétés d'engorgements de la glande thyroïde, dont les auteurs classiques ne se sont point occupés.

Je désignerai la première variété sous le nom de *Goître estival épidémique.*

Il y a vingt-deux ans environ, des moissonneurs appelèrent mon attention sur la pénible sensation qu'ils ressentaient dans le cou après avoir bu *à la régalade* de l'eau puisée à une source très-froide. Pendant mon enfance, j'avais moi-même éprouvé des douleurs sourdes dans la région du larynx, lorsque, à la suite de courses fatigantes, j'appliquais ma bouche au tuyau de la fontaine pour me désaltérer. Des imprudences du même genre, répétées plusieurs jours de suite, pendant l'été, avaient été suivies chez l'un de mes camarades, d'un gonflement de la glande thyroïde qui fut attribué à la contagion. Cet enfant fut accusé d'avoir bu dans un verre dont se servait habituellement une femme du voisinage qui portait un goître volumineux.

J'aurais probablement oublié ces particularités, qui m'avaient paru d'abord fort extraordinaires, si je n'avais trouvé des faits semblables dans un manuscrit de M. le docteur Lavort qui m'a été remis, il y a huit ou dix ans, par M. Henry Lecoq. Je vais reproduire textuellement les paroles :

« Pendant l'été de 1822, il se manifesta, parmi les élèves du collége de Clermont-Ferrand, un grand nombre de goîtres. Dans l'espace de quelques jours, cinquante de ces élèves se présentèrent au médecin de l'établissement avec des goîtres plus ou moins gros. Ces goîtres étaient un peu douloureux et semblaient avoir le caractère aigu. Le médecin recherchant quelle pouvait être la cause d'une pareille épidémie, se manifestant chez des jeunes gens bien tenus, soumis à un bon régime, logés gaiement dans un établissement très-salubre, pensa que cette épidémie pourrait bien avoir pour cause l'usage qu'avaient contracté ces élèves d'aller boire au robinet d'une fontaine, le cou tendu et la tête fortement portée en arrière, et cela durant les récréations, c'est-à-dire,

couverts de sueur et pendant qu'ils se livraient à des jeux et à des exercices plus ou moins violents. Cédant à cette pensée, s'appuyant un peu sur les préventions populaires, ce médecin demanda et obtint du proviseur du collége que le robinet de cette fontaine fût fermé et cessât d'être à la disposition des élèves. Cette mesure une fois prise, le nombre des goîtreux diminua chaque jour parmi les internes du collége.

« Ces maladies cédèrent facilement aux frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse, qu'on faisait précéder de l'application de sangsues au pourtour de la tumeur et de cataplasmes émollients. La mesure ayant été maintenue avec une exactitude sévère, et les élèves ayant à leur disposition, pour se désaltérer pendant l'été, de l'eau enfermée dans des cruches et à laquelle on mêlait une petite quantité de vinaigre, le nombre des goîtres a sensiblement diminué parmi eux. »

Plusieurs de ces élèves n'appartenaient point à la Basse-Auvergne; ils n'avaient subi l'influence du climat de la Limagne que depuis un petit nombre de mois ou d'années; la prédisposition aux engorgements du cou ne s'était annoncée antérieurement par aucun symptôme, et il avait fallu une cause toute locale, agissant avec énergie, pour déterminer la formation rapide d'un goître.

La composition chimique de l'eau a été évidemment étrangère à la production de la maladie, car le liquide auquel on a attribué; avec raison l'épidémie, provenait de la fontaine où l'on puisait l'eau qui servait de boisson au moment où l'épidémie a cessé. On sait d'ailleurs que les sources qui alimentent les fontaines de Clermont ne renferment ni sels de magnésie, ni sels de chaux, et qu'elles contiennent seulement des traces d'argile ferrugineuse et de matière organique.

Voici un exemple de goître qui s'est montré dans des conditions analogues.

En 1842, une jeune dame, originaire du Bourbonnais, d'une constitution lymphatique, vint habiter, à Clermont, un rez-de-chaussée, dont les croisées s'ouvraient sur une rue étroite et humide. Un an après, c'était au mois de juillet, elle fit à pied une longue promenade dans les vallées de Royat et Fontanat, et elle but, à plusieurs reprises, de l'eau des sources qui marque + 10° à 11° centigrades. Le soir même, elle ressentit dans le cou une douleur sourde, qui fut suivie du gonflement rapide de la totalité du corps thyroïde.

Le lendemain, cette glande avait doublé de volume, elle était un peu douloureuse au toucher. Des cataplasmes émollients, des frictions avec la pommade d'iodure de potassium et des pédiluves sinapisés firent disparaître cette affection en moins de quinze jours.

Il m'a paru instructif de rapprocher de l'épidémie du collége le fait observé à Saint-Bonnet, près Chauriat, par MM. Lamotte et de Tarrieu. Le docteur Aguilhon, qui cite cette histoire à propos de l'influence des eaux calcarifères, s'exprime ainsi :

« Dans le canton de Vertaizon, et au sud-ouest du chef-lieu, existe le petit village de Saint-Bonnet, près Chauriat, qui compte 259 habitants;

situé au sud-est d'un coteau abrité des vents du nord et d'ouest, les habitations y sont saines, leur rez-de-chaussée sert ordinairement de cellier ou de cuvage, le premier étage loge la famille.

« Avant 1830, une source d'eau potable, située à peu de distance du village, sur le chemin du Grand-Pérignat, servait seule aux usages des habitants ; cette eau contient une proportion considérable de sels calcaires ; sa température varie. En 1834 ou 1835, des travaux de construction ont fait découvrir, au milieu du village, une nouvelle source, dont la température est constamment la même (+ 12° c.) et qui se trouve conséquemment trop fraîche en été. Elle est calcarifère également, mais moins que la première. Depuis sa découverte, l'on y a puisé presque exclusivement pour les usages domestiques. Or, d'après le témoignage des habitants, aucune personne du village n'avait eu le goître à l'époque où l'on buvait l'eau de la vieille source, tandis que cette infirmité a atteint un certain nombre d'individus depuis qu'on boit l'eau de la nouvelle. »

Je suis très-porté à attribuer les gonflements du cou observés dans la petite commune de Saint-Bonnet à la cause qui a déterminé l'épidémie du collége. Seulement, les choses se sont passées en sens inverse. A Saint-Bonnet, à l'époque où l'on s'approvisionnait loin du village, l'eau réchauffée par un séjour plus ou moins prolongé dans les habitations ne produisait pas le goître. Il en a été autrement lorsque les cultivateurs ont pu se désaltérer directement à la fontaine placée sous leur main. Au collége, l'eau froide de la cour des récréations donnait le goître ; la même eau, conservée dans des vases convenables, ne déterminait plus les mêmes effets.

M. Fleury père a signalé, dans son discours prononcé en 1833, à l'école secondaire de médecine, l'apparition fréquente des engorgements du corps thyroïde chez les jeunes filles étrangères qui viennent faire leur éducation dans les pensions et les couvents du chef-lieu du département.

Enfin, en 1844, le docteur Villaret écrivait au ministre de la guerre que plusieurs cavaliers du 7e régiment de dragons, casernés à Clermont depuis un an, avaient été atteints de goître pendant l'été. Sept à huit étaient en traitement à l'époque où ce chirurgien me remit une copie de son rapport trimestriel. La pommade d'iodure de potassium fit disparaître promptement ces maladies.

Pendant plusieurs années, je n'ai pu me procurer aucun renseignement précis sur la santé des militaires de notre garnison ; mais, en 1851, mes relations avec le docteur Menuau, chirurgien fort distingué du 18e de ligne, m'ont permis d'étudier de nouveau les causes et les caractères du goître estival épidémique.

Voici le résumé des observations qu'il a bien voulu me communiquer :

Pendant l'été dernier, à la suite des promenades dans la campagne ou à la cible, de manœuvres sur la place d'armes ou d'exercices au gymnase, 54 soldats du 18e régiment de ligne, qui n'avaient souvent d'autres

liquides à boire que de l'eau froide quand ils étaient en sueur, ont été atteints de goître.

Parmi ces militaires, 44 se sont présentés régulièrement à la visite; ce sont les seuls dont je m'occuperai. Je n'insisterai pas sur les trois cas isolés; inscrits dans le tableau d'avril, ils ne font pas partie de l'épidémie.

Il n'en est pas de même des malades atteints pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre. Ils sont assez nombreux pour mériter une mention spéciale. Trois d'entre eux ont été affectés de goître à la fin du mois de juillet; 22 en août; 11 en septembre, et 5 dans les premiers jours d'octobre. Sur ce nombre, deux seulement avaient éprouvé antérieurement une affection semblable : ils appartiennent aux départements du Puy-de-Dôme et des Vosges; 7 avaient passé leur enfance dans des contrées où le goître est assez commun; 8 dans des localités où il est rare; 18 dans des endroits où on ne l'observe presque jamais.

Ces derniers ont évidemment contracté, dans la Limagne d'Auvergne, les premiers germes des lésions morbides qu'ils présentent. Une circonstance toute particulière vient à l'appui de cette assertion.

Les règlements obligent les militaires à porter des tuniques dont le collet est si étroit, que le moindre engorgement de la glande thyroïde les met dans l'impossibilité d'agrafer le crochet placé au bas du cou. Le gonflement du corps thyroïde doit, d'après cela, attirer l'attention des soldats aussitôt qu'il débute. C'est précisément ce qui est arrivé à plusieurs hommes de la garnison, chez lesquels le goître était tout à fait indolent.

Cette étroitesse du collet de la tunique, qui a facilité le diagnostic, ne paraît pas avoir joué un rôle important dans la production de l'épidémie. Les collégiens n'avaient pas le cou serré, et cependant ils ont été exposés aux mêmes accidents que les militaires.

Avant son arrivée en Auvergne, le 18e de ligne avait habité Paris pendant trois ans. Mais ce séjour prolongé n'avait donné lieu à aucun gonflement des glandes du col.

Au moment où l'épidémie s'est montrée, les compagnies d'infanterie, parmi lesquelles on a trouvé des goîtreux, habitaient, dans la commune de Clermont-Ferrand, les casernes dont je vais indiquer brièvement la position.

1° La caserne du Séminaire est celle qui renferme le plus grand nombre d'hommes; elle est placée sur les pentes orientales de Clermont, dans une position très-saine, entre le boulevard et les jardins du séminaire;

2° La caserne de la Chasse est du côté de l'occident, à une petite distance du ruisseau de Tiretaine, entre la grande route et des jardins humides;

3° La caserne de Montferrand est dans la partie élevée de la ville, du côté du couchant. L'une de ses façades donne sur une petite place, l'autre sur une rue étroite et mal aérée.

Le casernement n'a paru exercer aucune action sur le chiffre des malades.

La compagnie *hors rang* comprend les armuriers, tailleurs et cordonniers; elle n'est soumise à aucun exercice ou promenade, et quoique la constitution des individus qui la composent soit généralement affaiblie par une vie trop sédentaire, elle a offert un nombre très-restreint de goîtreux; tandis que les compagnies assujetties à un service actif et parmi lesquelles nous avons placé les clairons, ont offert un grand nombre d'engorgements du cou.

Ainsi on compte environ 9 goîtreux sur 140 fantassins, et 2 goîtreux sur 140 ouvriers.

Un autre fait vient encore démontrer l'influence des exercices sur l'apparition des engorgements du cou. Les fantassins qui font des promenades fatigantes, ont fourni 54 goîtreux sur une population de 780 soldats; les artilleurs, dont les manœuvres sont très-pénibles, ont offert 7 à 8 goîtreux sur 110 hommes; les 388 cavaliers de notre garnison, qui font leurs exercices à cheval, n'ont présenté aucun cas de goître, quoiqu'ils habitent une caserne moins saine que celle du Séminaire.

Le tempérament sanguin est celui qui domine; le lymphatico-sanguin vient ensuite; les tempéraments lymphatique, nerveux, lymphatico-nerveux et nervoso-sanguin doivent être placés sur la même ligne. Nous ferons remarquer, en passant, que la durée du traitement n'a pas été sensiblement modifiée par la constitution des soldats.

La maladie est venue rapidement et sa durée a été courte. Dans un seul cas la maladie a été accompagnée de douleurs vives; cinq soldats ont accusé des souffrances médiocres, qui augmentaient par la pression; quatre ont assuré que le gonflement de la glande thyroïde était indolent, et ils ne se seraient probablement pas aperçus de son existence, si ce gonflement ne les avait pas empêchés d'agrafer le crochet de leur tunique. Le volume de la glande thyroïde était notablement augmenté, mais il a rarement atteint celui qu'on observe chez les personnes affectées de goître endémique héréditaire.

Tantôt l'engorgement occupait l'un des lobes seulement, tantôt il occupait les trois lobes à la fois.

La maladie a généralement guéri avec une grande rapidité. Le maximum de la durée du traitement a été de vingt-sept jours, le minimum de trois, la durée moyenne de sept à huit jours.

La solution de carbonate de soude (1) prise à l'intérieur, et les frictions avec la pommade d'iodure de potassium ont fait promptement cesser les goîtres de ces militaires.

Après avoir interrogé les malades avec soin, après avoir étudié les

---

(1) La solution aqueuse d'iodure de potassium, donnée à l'intérieur, fait disparaître le goître bien plus promptement que les solutions alcalines, mais elle est dangereuse chez les tuberculeux.

circonstances au milieu desquelles cette épidémie s'est développée, on est arrivé à une conclusion semblable à celle qui est contenue dans le Mémoire de M. Lavort.

Cependant, le refroidissement qui a suivi, dans beaucoup de cas, l'enlèvement du col-cravate, a pu contribuer aussi à la production des engorgements du cou.

Il me semble que les faits exposés dans ce travail suffisent pour justifier les conclusions suivantes :

Le goître peut régner d'une manière épidémique pendant l'été ou l'automne ;

Il peut se développer rapidement, sous l'influence de causes agissant d'une manière toute locale, chez des individus qui n'avaient offert antérieurement aucun symptôme de cette maladie;

Ce genre de goître guérit promptement quand on le traite, à son début, à l'aide de topiques émollients, de préparations d'iodure de potassium, et de solutions aqueuses de carbonate de soude;

L'action de boire de l'eau très-froide ou d'exposer le cou à l'action d'un air dont la température est très-basse, pendant que le corps est en sueur, peut déterminer le goître.

L'eau agit par sa température, qui est relativement trop froide pendant les saisons chaudes, et non par les sels qu'elle contient.

Si maintenant on raisonne par analogie, on est autorisé à penser que les causes du goître estival, en portant leur action sur des individus déjà affectés d'un goître endémique ou héréditaire, peuvent aggraver ce dernier; que ces mêmes causes, en occasionnant plusieurs années de suite des goîtres accidentels chez des individus qui habitent des vallées humides, doivent, si on néglige de détruire leurs effets, déterminer des goîtres chroniques, qui offrent les symptômes apparents des goîtres endémiques, dont ils diffèrent en ce qu'ils sont plus prompts à guérir, parce qu'ils ne sont point entretenus par une altération aussi profonde de la constitution.

La deuxième variété me paraît mériter le nom de *goître variqueux*.

Cette affection consiste dans une tuméfaction légère du corps thyroïde, qui est compliquée d'une dilatation très-prononcée des veines thyroïdiennes inférieures ou supérieures.

J'ai observé trois cas de ce genre. Voici dans quelles circonstances : deux des personnes atteintes habitaient Clermont-Ferrand, la troisième demeurait à Montferrand au moment où sa maladie a commencé. Ces trois personnes habitaient, par conséquent, des localités où le goître s'observe assez fréquemment.

Chez deux de mes clientes, la glande thyroïde a augmenté un peu de volume pendant la grossesse; mais c'est surtout à l'époque des efforts de l'accouchement que les veines thyroïdiennes, peu apparentes jusque-là, se sont beaucoup dilatées.

Chez la troisième, la gestation n'a déterminé aucun changement, et les efforts nécessaires pour expulser le fœtus ont seuls occasionné le mal.

Les symptômes observés ont été les mêmes chez les trois malades, aussitôt que la dilatation a été opérée.

Voici ce que l'observation a permis de constater : dans l'état de calme et de repos, la tumeur est très-peu apparente; pendant les accès de colère et les efforts violents, la glande thyroïde se gonfle, et l'on remarque autour d'elle des cordons bleuâtres et tendus, qui disparaissent lorsque la cause qui a déterminé la congestion sanguine a cessé d'agir. Ces cordons sont la continuation évidente des veines thyroïdiennes.

Cette variété, envisagée au point de vue du pronostic, est plus grave que la précédente. Il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'en obtenir la guérison complète.

La saignée quand il y a pléthore, une cravate placée autour du cou pendant l'accouchement, tels sont les moyens préventifs applicables. Plus tard, on traite la maladie comme le goître ordinaire.

CHIRURGIE.

Observations propres à démontrer la nature non cancéreuse des mélanoses; par **M. Pamard**, *chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.*

La mélanose est-elle un cancer? Cette forme de production accidentelle, dont on trouve les premières indications dans le *sepulchretum* de Bonet (1), et qui a, depuis lors, occupé des plumes si savantes qu'on rencontre, en étudiant cette question, les noms de Haller, Morgagni, Dupuytren, Laënnec, M. Andral (2), ne nous paraît pas encore avoir une place parfaitement assignée dans les cadres nosologiques.

Les recherches récentes de M. Maisonneuve (3) sur cette question nous confirme dans notre incertitude. Il est bien entendu que nous ne prétendons pas parler de la coloration des ganglions bronchiques, désignée sous le nom de *mélanose carbonique*, ni de l'altération survenue dans le sang épanché, qui est due à la viciation de l'hématine ; mais bien de la mélanose proprement dite, ayant occasionné une dégénérescence profonde dans le tissu des organes qu'elle tend à détruire pour se substituer à leur place. Depuis la classification de Laënnec, la mélanose a figuré dans la famille des cancers ; et, pour la première fois, j'ai lu dans un Mémoire de M. Sichel (4) que c'était une erreur grave. Je dois pourtant dire que M. Lebert, si compétent sur cette matière, a

---

(1) *Sepulchretum anatomicum.*—Genève, 1679; lib. I, sect. I.
(2) *Précis d'anatomie pathologique.*—Paris, 1832; p. 449 et suiv.
(3) *Gazette des hôpitaux.*—15 juillet 1852.
(4) *Annales d'oculistique*, t. XXVI, p. 148.

cru reconnaître les caractères du cancer dans la production accidentelle enlevée par M. Sichel.

Je ne me placerai pas comme juge entre ces deux praticiens ; je ne me prononcerai pas sur l'opinion émise par M. Sichel, qui considère la mélanose comme le résultat d'une hypersécrétion d'une matière qui existe à l'état normal dans l'économie, telle que le pigmentum de la choroïde.

Mais je dirai une chose qui est admise de tous les praticiens : que le caractère essentiel du tissu cancéreux, c'est de se reproduire lorsqu'on en a fait l'ablation, et que ce caractère manque à la mélanose.

Si cette question avait fixé plus tôt mon attention, j'aurais pu certainement recueillir un plus grand nombre d'observations ; mais il y a seulement quelques années qu'elle est venue me préoccuper, et j'éprouve le regret de n'avoir pas conservé les premières productions mélaniques que j'ai enlevées, ne croyant pas que, plus tard, elles auraient pu servir à élucider une question importante de chirurgie.

Obs. I.—M. Villard, âgé de 30 ans, négociant à Marseille (Bouches-du-Rhône), vint me consulter pour une tumeur ayant la forme et le volume d'une grosse amande dépouillée de sa coquille, située à l'angle externe de l'œil droit. Elle soulevait la conjonctive, à travers laquelle on apercevait une coloration noire qui nous fit présumer l'existence d'une tumeur mélanique.

La seule indication à remplir nous sembla être l'ablation. Nous la proposâmes au malade. Elle fut acceptée, et l'opération fut pratiquée le 12 mars 1830. Nous fîmes une incision qui intéressa la conjonctive et la commissure externe des paupières. La tumeur fut parfaitement isolée et enlevée sans de grandes difficultés. La glande lacrymale, qu'on avait crue malade, offrant l'aspect normal, je crus devoir la respecter.

Examinée avec soin, la tumeur offrait l'aspect d'une amande enveloppée dans un kyste mince, diaphane, qui renfermait une substance que nous ne saurions mieux comparer qu'à de la cire noire, dont les soldats se servent pour leurs gibernes : c'était la même consistance, la même couleur.

La guérison eut lieu promptement, et M. Villard put retourner à Marseille quinze jours après son arrivée, sans conserver de traces de la maladie et de l'opération qu'elle avait nécessitée.

Nous avions, comme on le conçoit facilement, perdu entièrement de vue ce malade, lorsque nous fûmes appelé, au mois de septembre dernier, à Marseille, auprès d'un de ses parents ayant une maladie grave ; et il nous rappela lui-même l'opération que nous lui avions faite, il y a plus de vingt ans, et dont les résultats l'avaient rendu d'autant plus heureux que, lorsqu'il était venu se confier à nos soins, les médecins qu'il avait consultés auparavant lui avaient annoncé que l'opération qu'il allait subir pourrait avoir des suites graves immédiatement, et serait sans objet, car la maladie récidiverait.

Nous examinâmes, à notre retour, notre journal d'observations, où nous trouvâmes inscrite l'histoire que nous venons de reproduire, relative à la maladie et à l'opération de M. Villard. Nous n'avions pas,

malheureusement, conservé la tumeur que nous lui avions enlevée; car nous ne soupçonnions pas l'intérêt scientifique qu'elle pourrait offrir plus tard.

Obs. II.—M. François Dauberton, propriétaire à Bédouin (Vaucluse), âgé de 40 ans, est affecté d'une tuméfaction considérable de l'œil gauche. Le globe fait saillie entre les paupières qui sont maintenues écartées; il est dur et douloureux à la pression. Le malade ressent des douleurs intra-orbitaires qui s'étendent au front; la vue est perdue depuis longtemps; la maladie date de plusieurs années.

Nous proposâmes au malade l'ablation du globe, comme étant la seule ressource qui pouvait lui conserver la vie et le délivrer des douleurs qui le tourmentaient. Elle fut acceptée et pratiquée le 4 octobre 1846.

Nous incisâmes la commissure externe des paupières; nous isolâmes le globe avec un bistouri, et nous coupâmes le nerf optique avec des ciseaux courbes sur leur plat. Cette opération, qui n'exige guère plus de temps à pratiquer qu'à décrire, fut suivie de l'ablation de la glande lacrymale dont le tissu nous parut compromis.

Les suites furent des plus heureuses; car M. Dauberton fut entièrement guéri au bout de quinze jours. Nous examinâmes les tissus que nous avions enlevés; ils représentaient deux tumeurs : la plus volumineuse était formée par le globe de l'œil dont le volume était augmenté, mais non pas autant que l'aurait fait présumer la saillie qu'il faisait hors de l'orbite; ce qui s'explique par la tuméfaction de la glande lacrymale qui tendait à chasser le globe. Elle avait pour enveloppe la sclérotique et la cornée transparente dont la contexture était à peine altérée. Toutes les membranes internes et les humeurs avaient disparu; elles étaient remplacées par une matière noire, dure, homogène, ayant la consistance de la stéarine fondue à laquelle on aurait ajouté du noir d'ivoire pour la colorer.

L'autre tumeur était formée par la glande lacrymale, dont le volume était considérablement augmenté. Elle avait pour enveloppe le tissu cellulaire qui entoure habituellement la glande, dont la substance n'existait plus : on trouvait à sa place une matière parfaitement semblable à celle que nous avions observée dans le globe. J'ai vu plusieurs fois M. Dauberton depuis son opération : la guérison s'est maintenue, et il jouit d'une santé parfaite.

La permanence de la guérison, chez les deux malades que je viens de citer, a fixé mon attention : l'une date de vingt-deux ans, l'autre de six ans.

Nous arrivons à un troisième fait, que je trouve consigné dans mon journal d'observations, relatif aux productions mélaniques. Il ne s'agit plus d'une affection oculaire, mais d'une maladie du testicule. Comme je m'étais promis de conserver toutes celles qui se présenteraient à mon observation, j'ai envoyé la pièce à l'Académie, afin qu'elle puisse en étudier la nature.

Obs. III.—M. Pierre Perrin, âgé de 65 ans, propriétaire à Saint-Remy (Bouches-du-Rhône), portait, depuis environ six ans, un sarcocèle du côté gauche, qui avait fait des progrès lents mais constants. La tumeur avait acquis le volume de la tête d'un fœtus à terme; elle occasionnait des douleurs au malade, surtout à cause de son poids et des tiraillements qu'elle exerçait sur le cordon spermatique. Le médecin habituel du malade fit une ponction exploratrice, qui ne donna lieu qu'à

l'écoulement de quelques gouttes d'une bouillie noire, épaisse et fétide. Depuis cette ponction, les douleurs devinrent plus intenses.

Le 28 octobre 1847, je fus appelé auprès du malade. Je proposai l'ablation de la tumeur, qui fut acceptée et pratiquée le même jour. M. le docteur Pelissier aîné, médecin distingué du pays, m'assistait.

Après avoir obtenu l'anesthésie par l'éthérisation (je n'employais pas encore le chloroforme), la tumeur fut isolée et le cordon lié en masse, comme je le fais toujours, ainsi que je l'ai dit dans un travail que j'ai envoyé dans le temps à l'Académie. L'opération fut prompte, et ne présenta d'autres difficultés que celles inhérentes à la dissection d'une tumeur aussi volumineuse. Elle fut suivie de l'application de quatre points de suture, ainsi que je fais toujours en pareil cas.

Les suites furent des plus heureuses. J'ai eu l'occasion de retourner dans le pays un mois après, et j'ai trouvé M. Perrin parfaitement guéri, et ne conservant qu'une cicatrice linéaire.

L'examen de la tumeur fut fait avec le plus grand soin immédiatement après l'opération. Elle était de forme ovoïde, ayant, comme nous l'avons déjà dit, le volume de la tête d'un fœtus à terme; la tunique vaginale l'enveloppait : une incition fut pratiquée dans son diamètre longitudinal, et donna lieu à l'écoulement d'une matière de consistance crémeuse, de couleur noire, offrant l'aspect de celle qu'on rencontre dans la sèche de mer (sepia), exhalant une odeur fétide, mais d'une nature spéciale, comme nous n'en avons jamais senti; ce qui nous porterait à classer cette affection dans la mélanose sulfuro-ferreuse, admise par M. Maisonneuve. Le tissu du testicule était très-hypertrophié; il enveloppait la tumeur, et formait des villosités qui faisaient saillie dans la cavité mélanique.

Nous avons envoyé à l'Académie cette tumeur conservée dans l'alcool, après l'avoir lavée un très-grand nombre de fois, pour la débarrasser de la matière noire et fétide qu'elle contenait. Elle a été retournée sur elle-même, de telle façon que la surface qu'on voit extérieurement formait la paroi interne de la tumeur. Elle a été ainsi disposée pour qu'on pût examiner facilement la surface qui exhalait la matière noire qu'elle contenait.

Il y a cinq ans que M. Perrin a été opéré; il n'a pas conservé la moindre trace de sa maladie qui n'a jamais offert la moindre tendance à la récidive, et, malgré ses 70 ans, il jouit d'une santé parfaite.

Nous terminons par l'histoire d'un cas de mélanose oculaire, présentant une analogie frappante avec celui rapporté dans la seconde observation.

Obs. IV.—Mme veuve Laugier, âgée de 60 ans, propriétaire à Trinquetaille, faubourg d'Arles (Bouches-du-Rhône), avait, depuis plusieurs années, perdu la vue de l'œil droit. Lors du début de la maladie, qui date de dix ans, elle avait ressenti quelques douleurs dans l'œil, qui s'étaient dissipées sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, sans amélioration dans l'état de la vision. Elle vivait ainsi, s'étant habituée à la privation de son œil, lorsqu'elle y éprouva, pendant les mois de mars et d'avril de cette année, des douleurs vives, ayant leur siége dans le globe et au front, accompagnées d'un sentiment de tension, comme si le globe allait être chassé de l'orbite.

Le 15 mai, Mme Laugier vint me consulter : je trouvai le globe oculaire droit augmenté de volume, dur, offrant une couleur noirâtre appréciable à travers la

cornée et la sclérotique, et faisant, en dehors de l'orbite, une saillie telle qu'on ne pouvait pas l'expliquer par la seule tuméfaction du globe, ce qui me fit croire à l'altération des tissus contenus dans l'orbite. Il en résultait un écartement permanent des paupières, qui donnait au visage de la malade un aspect hideux. Je posai immédiatement le diagnostic de l'existence d'une mélanose de l'œil, s'étendant à la glande lacrymale, et je proposai l'extirpation comme le seul moyen de délivrer la malade des douleurs qui la tourmentaient et des dangers dont la menaçait la conservation des tissus anormaux qui avaient, depuis peu de temps, fait des progrès fâcheux. L'opération fut acceptée et pratiquée chez la malade, à Trinquetaille, le 19 mai, en présence de MM. le docteur Compan, médecin ordinaire de la malade, et de M. Sigaud, qui m'aide habituellement.

Je n'insisterai pas sur les détails opératoires, parce qu'ils n'ont offert rien de particulier. Je dois pourtant signaler une circonstance particulière que je n'avais pas rencontrée dans l'opération de M. Dauberton. Après avoir enlevé le globe et la glande lacrymale, qui avait acquis un volume considérable, je trouvai de la substance mélanique répandue dans le tissu cellulaire de l'orbite, que j'enlevai avec le plus grand soin.

La chloroformisation avait amené une anesthésie complète : par conséquent, il n'y eut point de perception de douleur de la part de la malade pendant l'opération qui fut faite très-promptement.

La guérison ne se fit pas non plus longtemps attendre ; car, le 29 mai, dix jours après l'opération, étant retourné à Arles pour voir des malades, je trouvai Mme Laugier entièrement guérie J'ai eu, depuis lors, l'occasion de la revoir plusieurs fois ; la guérison ne s'est pas démentie : les douleurs qui avaient tourmenté la malade jusqu'au jour de l'opération, et qui ont cessé depuis, n'ont plus reparu, et tout nous fait espérer que, comme chez les trois autres malades, Mme Laugier n'éprouvera pas de récidive.

J'ai envoyé à l'Académie les tissus mélaniques que j'ai enlevés à Mme Laugier. On verra que les humeurs de l'œil sont remplacées par une substance noire, dure, semblable à de la stéarine colorée en noir. Une fente que j'ai faite dans toute l'épaisseur du globe permet d'observer cette altération sans dégrader la pièce anatomique.

Une autre tumeur mélanique est formée par la glande lacrymale, dont le volume est considérablement augmenté. Enfin, des masses mélaniques moins volumineuses ont été enlevées avec le tissu cellulaire intra-orbitaire qui leur servait d'enveloppe.

Cette observation nous a paru présenter un double intérêt, à cause de la marche lente de la maladie, suivie d'une augmentation prompte et douloureuse dans les deux derniers mois, et à cause de la masse considérable de substance mélanique répandue dans l'orbite.

Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur ces quatre observations, on en trouve trois où la production mélanique avait son siége dans l'orbite, où elle offrait une consistance solide. Elle était accompagnée de douleurs plus ou moins intenses, qui avaient offert une exacerbation marquée à l'époque qui a précédé l'opération. La quatrième observation est relative à une affection du testicule. La production mélanique ne s'offre plus sous la forme concrète ; elle a la consis-

tance sirupeuse et une odeur fétide qui manquait dans les trois autres cas ; mais elle conserve pour nous ce trait caractéristique appartenant à la mélanose, c'est-à-dire l'absence de tendance à la reproduction. Nous posons maintenant cette question : le caractère essentiel des diverses productions accidentelles hétérologues, connues sous le nom de *cancer*, étant une tendance constante à la reproduction, ce caractère manquant à la mélanose, doit-on toujours classer celle-ci parmi les cancers? La réponse nous paraît clairement écrite dans nos observations (1).

Étude sur les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire ;

par **M. E. Remilly**, *interne à l'hôpital Saint-Louis.*

La membrane interne du sinus maxillaire peut être le siége d'une altération que nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette année dans le service de M. le professeur Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis. Elle subit une sorte d'hypertrophie spéciale, devient mollasse, spongieuse, se couvre de végétations saignant à la moindre pression et constitue alors une affection qu'on pourrait appeller *Tumeur fongueuse du sinus maxillaire.*

En recherchant dans les auteurs les cas analogues à ceux que nous avions sous les yeux, nous n'avons pas trouvé que cette affection ait été suffisamment décrite, et surtout bien distinguée des autres altérations du sinus maxillaire. C'est pourquoi nous essayerons de combler cette lacune en faisant suivre de quelque remarques les faits par nous observés.

Voici d'abord nos trois observations :

Obs. I. — Beauger, 39 ans, maçon, demeurant rue des Ecluses-Saint-Martin, 52 ; entré le 1er avril 1852.

Il y a cinq mois environ ce malade ressentit un très-violent mal de dents qu'il attribua à une fraîcheur, et dès cette époque il se tira lui-même une dent déjà branlante. La douleur s'apaisa notablement; et l'appétit et le sommeil subsistant, le malade continua à travailler. Mais voyant persister une douleur sourde dans la mâchoire et sentant même survenir un peu de gêne dans la mastication, il se fit de nouveau tirer une dent. Les mouvements de la mâchoire devinrent de plus en plus difficiles et enfin la gêne étant arrivée au point de permettre à peine de desserrer les dents, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons la joue gauche un peu plus grosse que la droite, cette

---

(1) Les observations rapportées par M. Pamard ont évidemment un grand intérêt et soulèvent une question toute nouvelle; mais, à notre avis, cette question n'est pas celle qu'il a posée; et nous croyons qu'il y a seulement lieu à rechercher s'il n'y aurait pas deux espèces de tumeurs mélaniques, l'une toute locale et non sujette à récidive; l'autre qui récidive, et qui semble n'être que la manifestation d'une diathèse générale. Nous publions au *Bulletin clinique* une observation de mélanose générale, sur laquelle nous appelons l'attention de notre excellent confrère et ami d'Avignon. (*Note du Réd.*)

sorte d'empâtement au dire du malade remonterait à trois semaines. Les dents molaires supérieures gauches sont vacillantes ou plutôt elles sont implantées dans des chairs et des alvéoles sans résistance. Les gencives correspondantes sont fongueuses, molles, saignantes. Le bord alvéolaire paraît ramolli, carnifié ; mais il n'y a pas de traces de tumeur dans la bouche. Depuis quinze jours la gêne des mouvements est telle que le malade ne peut plus broyer d'aliments solides ; pour examiner la mâchoire malade on est obligé aujourd'hui de lui introduire un bouchon entre les dents. Rien d'anormal du côté des narines, le malade n'a pas saigné du nez depuis qu'il souffre. Il éprouve dans la joue des douleurs sourdes et profondes, et se plaint d'un suintement de pus assez fétide dans la bouche. L'appétit est perdu ; et la nuit ramène un mouvement fébrile.

Le 8 *avril*, M. Malgaigne procède à l'opération de la manière suivante : le malade étant chloroformé, le chirurgien fit d'abord sur la joue une incision transversale correspondant à toute la longueur de la partie malade du bord alvéolaire, en respectant la commissure labiale ; mais les gencives fongueuses n'étant pas assez à découvert, il fut forcé de prolonger l'incision jusqu'à la commissure. Les lambeaux furent écartés et pincés en travers par deux aides, afin d'arrêter le sang. Le bord alvéolaire ainsi mis à découvert fut attaqué avec un fort bistouri en serpette, et toute la partie carnifiée enlevée avec les gencives malades. Il en résulte une ouverture par laquelle l'index put pénétrer dans le sinus maxillaire qu'on trouva rempli par une tumeur mollasse, non pédiculée, saignant à la moindre pression, offrant au doigt la sensation veloutée que donnent les fongosités des muqueuses et remplissant presque complétement le sinus. M. Malgaigne annonce qu'il y a là une simple dégénérescence fongueuse et non une tumeur de mauvaise nature; et en conséquence il se contente d'écraser à l'aide du doigt contre les parois solides du sinus toutes les fongosités qui remplissent la cavité. Cet écrasement est suivi d'une véritable pluie de sang qu'on arrête en pratiquant le tamponnement en queue de cerf volant. Dans la pensée du chirurgien, outre l'arrêt de l'hémorragie, ce moyen devait avoir pour effet de déterminer une suppuration éliminatrice des végétations écrasées et de modifier profondément la muqueuse en développant des bourgeons charnus à sa surface. L'opération fut terminée en réunissant par suture la plaie de la joue.

Tilleul 2 pots. Potion calmante. 4 pilules d'opium dans la journée. Diète.

Le soir le malade a une fièvre modérée; il se plaint seulement d'une grande pesanteur de tête, et d'une douleur gravative dans tout le côté gauche de la face.

Les jours suivants l'état général s'améliore; la douleur gravative a beaucoup diminué.

Le 13 *avril*, cinq jours après l'opération, on enlève les épingles de la joue, la plaie s'est réunie par première intention dans toute sa longueur de 10 centimètres. La suppuration s'est franchement établie dans le sinus; comme le pus arrive en assez grande quantité dans la bouche avec une odeur nauséeuse pour le malade, on enlève le tamponnement; avec lui disparaît presqu'immédiatement la pesanteur de tête.

Injections 2 fois par jour dans le sinus avec de l'eau légèrement alunée. Gargarisme astringent.

La suppuration d'abord très-abondante diminue de jour en jour. Le malade a recouvré presque complétement la liberté de ses mâchoires, il a seulement un peu de paralysie du côté gauche de la face; la commissure labiale gauche est un peu au-dessous de la droite.

Le 23 *avril*, au bout du quinzième jour, la suppuration a presque disparu, le ma-

lade mange trois portions et ne se plaint pas du passage des aliments dans le sinus; il continue toujours, du reste, à se gargariser avec soin.

L'ouverture du sinus qui communique dans la bouche rétrécit de plus en plus, reçoit à peine une sonde de femme, les chairs qui l'entourent sont rosées et brillantes.

Le 3 *mai*, le malade demande sa sortie qu'on lui accorde sans difficulté.

Obs. II. — Boutor (Edouard), 15 ans, apprenti polisseur d'acier, demeurant rue du quai de Jemmapes, 114. Entré le 29 mai 1852.

Il y a cinq semaines, étant en convalescence de la scarlatine, il avait ressenti à la joue droite de la rougeur et de la chaleur bientôt suivis d'un gonflement si considérable que l'œil en fut complétement fermé. Quelques jours après, sans épistaxis; mais à la suite de saignement des gencives du côté malade, un abcès s'ouvrit dans la bouche et donna issue a du pus mêlé de sang; et le temps n'apportant point d'amélioration à son état, il entra enfin à l'hôpital.

On constate une déformation notable de tout le côté droit de la face; à l'angle interne de l'œil le gonflement est considérable, la peau rouge, tendue et amincie, l'enfoncement correspondant à la racine du nez et le sillon de l'aile du nez ont disparu, ainsi que le sillon naso-labial.—En dedans de la bouche, il ne manque pas de dents à l'arcade alvéolaire supérieure du côté droit et les dents y sont saines; mais les gencives sont saignantes et le malade se plaint depuis quelque temps de douleurs dans tout ce côté de la mâchoire. Au-dessus de la première petite molaire s'aperçoit un orifice creusé dans le bord alvéolaire et qui communique avec le sinus maxillaire. Au centre de cet orifice, fait saillie une petite esquille mobile, lamelle mince qu'on enlève sans difficulté, et dont l'extraction est suivie d'un écoulement de sang assez considérable. Le stylet pénètre dans le sinus d'une longueur de 4 centimètres, et donne la sensation des chairs mollasses, fongueuses, sans traces de carie ou de nécrose de l'os. En se dirigeant du côté de la fosse nasale droite, le stylet pénètre jusqu'à 7 centimètres de profondeur. L'air ne passe plus par la narine de ce côté, mais il passe bien par la gauche. La paroi interne du sinus maxillaire est contiguë à la cloison nasale, ce dont on s'assure à l'aide du stylet.

Le malade resta d'abord quelque temps en observation, une épidémie d'érysipèle empêchant de songer à l'opérer. Du 6 au 11 juin, il fut pris d'une tuméfaction considérable de la joue, puis celle-ci se dissipa. M. Malgaigne pratiqua, le 17 juin, l'opération suivante :

Le malade fut couché et soumis aux vapeurs de chloroforme, mais non jusqu'à l'anesthésie complète, le chirurgien désirant lui conserver quelque connaissance, au cas où le sang coulerait abondamment dans la bouche ; la situation de l'altération permettait de l'attaquer sans incision à la joue. La tête étant donc solidement fixée, à l'aide d'un bistouri en serpette le chirurgien commença par agrandir l'orifice fistuleux, en enlevant toutes les parties de gencives et du maxillaire supérieur altérées. L'index put alors être facilement introduit dans le sinus, dont il trouva toute la cavité remplie de végétations mollasses, fongueuses, qui se laissent facilement écraser contre les parois. De cet écrasement résulte une pluie de sang dans la bouche, qu'on arrêta par le tamponnement en queue de cerf volant.

En examinant attentivement la partie du bord alvéolaire détaché, on voit que le tissu gingival est plus vasculaire et plus mou qu'à l'état normal ; lavé, il conserve encore sa teinte rosée. Quant aux portions osseuses enlevées, elle ont subi une altération remarquable ; une petite lamelle osseuse, isolée au milieu de tous ces

tissus altérés, offre l'aspect d'une petite plaque cartilagineuse de 1 centimètre de large sur 2 centimètres de long ; elle est transparente et flexible, et cependant grenue et traversée dans toute sa longueur par un vaisseau qui s'arborise dans l'os lui-même ; de plus, cette petite lame est recouverte par une fine membrane très-vasculaire, analogue au périoste. D'autres portions osseuses du bord alvéolaire sont ramollies, rugueuses, très-rouges et très-vasculaires ; en les regardant par transparence, on y distingue très-facilement un grand nombre de petits vaisseaux arborisés ; c'est cet état que nous avons désigné avant l'opération par le nom de *carnification des os.*

Le 21 *juin*, on enlève le tamponnement et on fait dans le sinus une injection avec la décoction de quinquina.

Le 22, on prescrit deux gargarismes aluminés. La joue va en s'affaissant de plus en plus ; les sillons naturels commencent à reparaître dès les jours suivants. Les crachats, d'abord mélangés d'une quantité considérable de pus, deviennent de moins en moins abondants ; l'appétit et les forces du malade reviennent aussi.

Le 1er *juillet*, il est survenu un gonflement qui se dissipe au bout de trois ou quatre jours.

Le 10, la joue est presque revenue à son état normal, il reste seulement un peu de rougeur à la peau sous l'orbite.

Le 14, le malade demande à s'en aller ; depuis trois ou quatre jours il n'éprouve plus aucune douleur.—L'orifice fistuleux de la bouche diminue de plus en plus, il ne recevrait pas une sonde de femme. En examinant le sinus avec un stylet, on n'y rencontre plus de bourgeons charnus. Les parois osseuses se sont rapprochées, l'air passe facilement par la fosse nasale droite. *Exeat.*

Depuis, nous avons revu ce malade ; un mois environ après sa sortie, il était à peu près dans le même état qu'au moment de son départ de l'hôpital ; seulement, le suintement muco-purulent du sinus dans la bouche était complétement arrêté.

Obs. III. — Florentin (François), 47 ans, journalier, demeurant rue Fondary, 40, à Grenelle ; entré le 10 juillet 1852.

Dans le courant de février 1850, ce malade eut une fluxion à la joue gauche, puis un abcès qui s'ouvrit au dehors et se ferma spontanément au bout de trois mois.. En février 1852, il survint un nouvel abcès qui s'ouvrit dans la bouche ; puis, sur la joue, un petit bouton qui, écorché par le malade, devint bientôt l'orifice externe d'une fistule.

Le malade vint une première fois à l'hôpital et passa quinze jours dans le service de M. Malgaigne. Des injections iodées diminuèrent la suppuration abondante, sans la tarir complètement. La sonde, portée au fond de la fistule, n'y rencontrait aucune altération osseuse.

Le 10 *juillet*, le malade revint ; la suppuration était très-abondante, et il demanda à être guéri à tout prix de cette infirmité dégoutante. Cette fois, le stylet constata une altération de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Le 29 juillet, M. Malgaigne procéda à l'opération.

Il pratiqua sur la joue une incision de 4 centimètres, ayant pour centre l'orifice fistuleux. Les bords de la plaie écartés, on arriva sur la partie antérieure du sinus, ramollie dans une étendue de 1 centimètre et demi. Cette paroi, attaquée avec la serpette et avec la gouge, ne tarda pas à céder ; le doigt, introduit par l'ouverture, pénétra alors dans le sinus et y trouva la muqueuse épaissie et fongueuse, surtout au pourtour de la partie enlevée. On écrasa ces fongosités, qui ne fournirent pas un écoulement de sang très-abondant ; on tamponna néanmoins le sinus, et, pour

faciliter l'écoulement du pus, une contr'ouverture à travers l'os maxillaire fut faite avec la gouge dans l'intérieur de la bouche, au-dessus de l'arcade dentaire.

Le 31 *juillet*, on retire le tamponnement. Le malade ne se plaint pas de la tête, mais du pus qui coule dans sa bouche.

Le 2 *août* survient un érysipèle occupant la joue malade, les paupières du même côté, le nez et un peu la joue du côté opposé.

Les jours suivants, les ganglions du cou se prennent et l'érysipèle se promène autour de la tête et du cou ; heureusement que la partie réunie de la plaie ne se décolle pas.

Le 12, la rougeur commence à s'éteindre et les phlyctènes à se dessécher.

Le 16, la plaie est à peu près complétement cicatrisée, toute trace d'érysipèle a disparu ; il ne s'écoule plus de pus dans la bouche depuis assez longtemps.

Le 26 *août*, la cicatrisation est complète la joue est seulement déprimée à la hauteur de l'incision. Le malade est guéri et peut s'en aller. — *Exeat.*

Cette dernière observation n'est pas, comme les deux autres, un exemple de tumeur fongueuse du sinus maxillaire proprement dite ; si nous l'avons ajoutée à celle-ci, c'est qu'elle établit au moins qu'à la suite de certaines affections des parois osseuses du sinus maxillaire la membrane interne peut devenir mollasse, saignante, et constituer secondairement alors une tumeur fongueuse du sinus. Cette complication du côté de la muqueuse n'étant pas sans gravité, il importe d'être prévenu de la possibilité de son existence, car on ne guérirait le malade qu'à demi en traitant seulement la maladie des os.

Quant aux deux premières observations, elles sont des types de tumeurs fongueuses du sinus maxillaire, de ces tumeurs souvent confondues, par les pathologistes, avec d'autres affections du sinus. Dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (Bordenave, *Précis d'observations sur les maladies des sinus maxillaires*), on trouve plusieurs faits semblables aux nôtres, mais ils sont mêlés, perdus pour ainsi dire au milieu d'autres maladies très-différentes, et quelques-uns des chirurgiens qui les ont rencontrés, croyant à leur nature maligne, ont jugé nécessaire de les détruire avec le fer rouge.

L'examen des parties altérées, dans nos deux premières observations, nous montre une augmentation dans la vascularité de tous les tissus malades ; c'est là le fait principal de l'affection. Non-seulement la membrane interne du sinus est hypertrophiée et très-vasculaire, mais encore les gencives correspondantes sont fongueuses et saignantes, et le bord alvéolaire lui-même est carnifié. Cette *carnification* du tissu osseux, sur laquelle nous avons insisté dans la deuxième observation, est un élément diagnostic précieux ; nous voyons noté cet état de ramollissement rouge des os dans les diverses observations de fongus du sinus maxillaire semblables aux nôtres.

Les symptômes déterminés par les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire pouvant servir à caractériser la maladie sont : d'abord, une déformation plus ou moins considérable de la joue, avec une douleur sourde et profonde, en rapport avec le plus ou moins grand dévelop-

pement des fongosités dans le sinus; une tuméfaction des parties molles arrivant sans cause appréciable et disparaissant subitement pour reparaître bientôt, comme on le voit chez notre second malade; puis, du côté de la bouche existe une fistule, soit au-dessus du bord alvéolaire, et alors les dents peuvent être saines; soit à travers les alvéoles, et alors il manque un certain nombre de dents, ou bien celles-ci sont implantées dans des tissus sans résistance. Dans l'un ou l'autre cas, les gencives sont fongueuses autour de l'orifice fistuleux et le maxillaire supérieur est carnifié en cet endroit. Par la fistule suinte dans la bouche un pus fétide, et le côté malade est le siége de douleurs odontalgiques plus ou moins violentes. Si l'on peut sonder le sinus par le trajet fistuleux, on sent qu'il est rempli de végétations molles, saignant à la moindre pression, sans traces de carie ou de nécrose des parois osseuses. Chez notre premier malade, nous voyons de plus un resserrement considérable des mâchoires.

Ces divers symptômes permettront déjà au chirurgien de présumer une tumeur fongueuse du sinus maxillaire; et il n'existera plus de doute si, lors de l'opération, les premiers coups de bistouri pénétrant jusqu'au sinus amènent une hémorragie tellement abondante qu'il faut au plutôt y remédier par la compression; et quand enfin le doigt porté dans le sinus rencontre un tissu mollasse facile à écraser, et fournissant une pluie de sang presque incoercible. Le point délicat est alors de savoir si les fongosités sont de bonne ou de mauvaise nature. M. Malgaigne pense qu'il y a eu à cet égard de fâcheuses erreurs, et que le fer rouge, les caustiques, l'extirpation du maxillaire supérieur ont été plus d'une fois mis en usage dans des cas qui ne réclamaient autre chose que la destruction des fongosités par le broiement et la suppuration. Il pense que le diagnostic différentiel devra se fonder sur la nature mollasse et rougeâtre des fongosités, sur l'intégrité des parois osseuses au delà de la région de l'ouverture fistuleuse, et, au besoin, par l'inspection microscopique. A la vérité, si déjà l'existence des fongosités n'est guère mise hors de doute que par l'opération, à plus forte raison le chirurgien ne peut-il se prononcer sur leur nature que lorsqu'il les a découvertes; et il faut qu'il choisisse alors sans désemparer entre l'écrasement simple et des moyens bien autrement énergiques. Mais, y eût-il même doute dans son esprit, ne vaut-il pas mieux procéder d'abord à une opération aussi simple et aussi bénigne que celle que nous avons eue à décrire, sauf à recourir, au besoin, à des ressources plus extrêmes? On voit, dans les observations qui précèdent, que le jugement du praticien ne l'a point trompé; et les succès obtenus sont assez frappants pour encourager à l'imiter.

De l'emploi de la gutta-percha *dans les luxations et les fractures de la clavicule et dans les fractures transversales de la rotule ;* par le docteur **Lesueur,** *de Vimoutiers (Orne).*

Appelé il y a un an environ auprès d'un propriétaire des environs, qui, en tombant sur l'épaule, s'était luxé la clavicule en avant, je cherchai par l'application d'un épais coussin de linge sur la saillie de l'os, pressé et maintenu par des tours de bande en 8 de chiffre, à fixer la tête de la clavicule dans son articulation sternale, où d'ailleurs il était facile de la faire rentrer. Puis par de nombreux tours de bande, comme pour la fracture de la clavicule dans le bandage de Desault, je fixai le bras sur la poitrine, en portant le coude le plus possible en avant et en haut. Cet appareil parut d'abord bien remplir son objet; mais il se relâcha bientôt et laissa la clavicule reprendre sa position vicieuse.

Je pensais à essayer l'application d'un brayer à l'exemple de M. Mélier, quand l'idée me vint de me servir d'un véritable plastron en gutta-percha, de plusieurs centimètres d'épaisseur, qui, se moulant sur la partie supérieure de la poitrine et sur les épaules, devait offrir en se solidifiant un puissant moyen de contention. Ce moyen me réussit au delà de ce que j'en avais espéré. La gutta-percha ramollie et appliquée sur la peau y adhère sensiblement. C'était là une première condition de fixité d'une utilité incontestable. Cette propriété adhésive devait encore me rendre un autre service. Après avoir moulé mon plastron de gutta-percha sur les parties indiquées, je réappliquai mon premier bandage. Les tours de bande passant sur la gutta-percha y prirent un point de fixité remarquable qui acheva de consolider l'appareil, au point que pendant sa durée, pas un tour de bande ne se dérangea. Inutile de dire que le premier jour je prescrivis au blessé la plus grande immobilité, pour permettre la consolidation du moule dans les conditions de forme où je l'avais appliqué.

Le vingtième jour, j'enlevai l'appareil et je trouvai la tête de la clavicule faisant sous la peau une saillie très-peu sensible. Les mouvements de l'épaule, d'abord difficiles, sont revenus graduellement, et le blessé a retrouvé aujourd'hui toute la souplesse de son membre.

Ce succès dans une luxation que l'on s'accorde à regarder comme très-difficile à maintenir réduite, m'a engagé à étendre l'application de la gutta-percha aux fractures de la clavicule et à celles de la rotule.

Déjà deux fois, j'ai été à même d'apprécier avec quelle facilité on maintient la réduction de la fracture de la clavicule avec un large plastron de gutta-percha et le bandage de Desault. J'ai dans ces deux cas obtenu une consolidation où il est difficile de sentir une inégalité de rapport au point de réunion des fragments. Je ne doute pas que les chirurgiens qui essayeront ce moyen n'en reconnaissent comme moi tous les avantages.

Pour les fractures transversales de la rotule, j'ai été également deux

fois à même d'essayer l'application de la gutta-percha, dans le but de rapprocher et de maintenir en contact les fragments de l'os fracturé. Dans l'un de ces cas le blessé a guéri sans qu'on puisse sentir d'écartement entre les fragments. L'autre blessé est encore en traitement, et tout ce que je puis dire de lui, c'est qu'il m'est facile de sentir qu'avec mon appareil, les deux surfaces fracturées sont dans un contact parfait.

Voici dans ces cas l'usage que j'ai fait de la gutta-percha. Le membre malade entouré d'une bande depuis les orteils jusqu'au-dessous du genou, est placé dans une gouttière en bois, garnie d'un coussin de paille d'avoine sur lequel repose le membre. Cette gouttière s'étend jusqu'à 25 centimètres environ au-dessus du genou, et est munie inférieurement d'une semelle assez haute pour soutenir les couvertures et pour remplacer les cerceaux dont on se sert ordinairement à cet effet. Les planches latérales de la gouttière sont percées chacune de deux charnières, l'une immédiatement au-dessus du genou, l'autre au-dessous. La jambe étant placée dans cette gouttière, j'applique sur le fragment supérieur de la rotule un gâteau de gutta-percha ramollie, ayant à peu près la forme d'un croissant; son bord concave qui répond en bas est plus épais et doit recouvrir aussi exactement que possible le fragment supérieur de la rotule, sans toutefois le dépasser en bas. C'est ainsi que le fragment se trouve maintenu de manière à ne pouvoir basculer sur lui-même comme cela arrive dans l'appareil de Boyer. La partie supérieure du gâteau s'étend plus ou moins haut vers la cuisse et sur les côtés pour y prendre un point d'appui solide. Un autre gâteau de même forme est appliqué en sens opposé sur le fragment inférieur. Puis, à l'aide de courroies fixées dans les charnières supérieures pour le gâteau inférieur, dans les charnières inférieures pour le gâteau supérieur, on rapproche l'un de l'autre ces deux gâteaux, qui entraînent avec eux les deux fragments sur lesquels ils se sont empreints. Pour serrer ces courroies, il faut attendre, bien entendu, que la gutta-percha ait pris une certaine solidité. Dans le cours du traitement les courroies se relâchent, mais le malade lui-même peut les resserrer. Le pied est ensuite fixé à la semelle, et la gouttière suspendue au plancher selon le procédé de Mayor.

C'est là, on le voit, l'appareil de Boyer. Il n'y a d'ajouté que les gâteaux de gutta-percha; mais cette simple addition me paraît d'une haute importance, si j'en juge par le résultat que j'ai déjà obtenu. Dans l'appareil de Boyer, comme je l'ai dit, les fragments de la rotule sont forcés de basculer de manière à ne se correspondre que par leurs bords postérieurs. La gutta-percha, au contraire, sur laquelle porte la traction, rapproche les fragments en les maintenant tous les deux dans le même plan. Dans l'appareil de Boyer, les courroies glissent sur la peau et conséquemment se relâchent très-facilement. Avec la gutta-percha, les courroies se trouvent si bien fixées que leur relâchement ne peut être dû qu'à la laxité de leur tissu.

Tels sont, en résumé, les avantages que je trouve dans l'application

de la gutta-percha aux fractures de la rotule. Je souhaite que mes confrères saisissent l'occasion de les éprouver. Peut-être le bandage n'aura pas toute l'efficacité des griffes de M. le professeur Malgaigne ; mais, pour nous autres médecins de province, il sera au moins provisoirement d'une application plus facile.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

Du traitement a appliquer aux gourmes ; *par* M. de Rivas.

M. de Rivas a soumis à la Société de médecine de la Loire-Inférieuré un travail fort remarquable, dans lequel, examinant le Mémoire publié sur la même question, par M. Trousseau (*Journal de médecine*, oct. 1845), il arrive à des conclusions un peu différentes. Nous n'en extrairons que la partie véritablement pratique.

« Lorsque les gourmes, dit-il, sont à l'état aigu, je les laisse suivre leur cours, me contentant d'en surveiller la marche et de soigner les accidents qu'elles peuvent déterminer. Mais, dès qu'elles passent à l'état chronique, je procède immédiatement à leur traitement, quel que soit le temps de leur durée, la santé de l'enfant et l'abondance de la suppuration. J'en agis de cette façon, parce que j'ai toujours vu que ces affections sont une cause incessante de débilité en appauvrissant les globules du sang; qu'elles déterminent l'engorgement de certains ganglions, une fièvre souvent continue, des troubles dans les fonctions digestives. Elles produisent, dans l'économie, une véritable diathèse de suppuration; elles occasionnent un prurit qui prive les enfants de sommeil et peut amener des accidents convulsifs. Leur présence prolongée est une cause d'alopécie, et leur extension sur les muqueuses peut offrir de véritables dangers.

« Dans le commencement de ma pratique médicale, j'ai d'abord procédé timidement au traitement des affections du cuir chevelu qui sont le sujet de ce Mémoire. J'étais effrayé des conséquences fâcheuses prédites par les auteurs. Je cherchais surtout à modérer les sécrétions, et, pour obtenir ce résultat, je prescrivais certains topiques, recommandant aux parents qui voulaient bien soigner leurs enfants de ne les appliquer, à la fois, que sur un côté de la tête. Rarement je pouvais obtenir d'eux cette précaution ; toute la partie lésée était couverte de pommade, et il arrivait souvent ainsi qu'une tête suppurant depuis longtemps, et sur toute sa surface, se trouvait guérie en quelques jours, et cela sans que j'en aie jamais vu résulter aucun accident. Tout au contraire, cette suppression de la sécrétion coïncidait avec une amélioration notable de la santé générale. Aussi, depuis plusieurs années, toutes les fois que je rencontre des enfants atteints de gourmes dans les salles d'asile auxquelles je suis attaché, et les cas y sont nombreux, je procède de suite à leur traitement. Cette pratique, qui m'a constamment réussi, est également suivie avec un succès incontestable à l'égard des enfants malades de l'hospice Saint-Jacques, placés dans le service de M. le docteur Malherbe.

« Les moyens que j'ai mis en usage avec le plus de succès contre l'état général, sont : un régime nutritif, les toniques, les purgatifs et les bains.

« Les agents locaux sont : les lotions, les pommades et les caustiques.

« Je n'entrerai point dans les détails de ce régime, je dirai seulement qu'il doit être nutritif, que leur habitation doit, autant que possible, être située dans

un endroit sec et parfaitement aéré. Il s'agit de remédier à l'insuffisance, à l'altération ou à la privation plus ou moins complète des aliments, de l'air et de la lumière. A ces toniques physiologiques, on doit en prescrire appartenant à la matière médicale : parmi ces derniers, j'ai employé, avec le plus de succès, les ferrugineux, les vins de quinquina, de gentiane ; le vin et le sirop anti-scorbutiques ; mais surtout les préparations d'extrait de feuilles de noyer ; le sirop à la dose d'une cuillerée à bouche, soir et matin; ou bien encore trois tasses d'une infusion de feuilles de noyer, par jour. Dans ce cas, je prescris l'emploi d'une feuille de noyer pour une tasse d'eau. Ces différentes préparations toniques et éminemment stomachiques, excitent l'appétit des enfants, et les font se mieux nourrir,

« A ces toniques, j'ajoute l'usage des bains généraux, et surtout celui des bains d'eau salée, qui, par leur bon marché, se trouvent à la portée des classes pauvres, que leur indigence même expose le plus aux éruptions du cuir chevelu. Pour un bain de 75 à 100 litres d'eau, j'emploie 1 kilogramme de sel de cuisine. L'hiver, je conseille de faire chauffer l'eau, seulement de manière que l'enfant n'éprouve pas, en y entrant, une sensation trop désagréable; l'été, je fais exposer l'eau à l'action des rayons solaires pendant quelques heures. Je fais également usage, mais dans le but d'agir sur les affections locales elles-mêmes, suivant leur forme, de bains avec 30 à 50 grammes de sous-carbonate de soude et de potasse, avec 2 ou 3 grammes de sublimé-corrosif, ou encore 2 à 6 grammes de sulfure de potassium. Les personnes chargées de mettre les enfants aux bains, leur font des lotions fréquentes, avec l'eau du bain, sur le visage et sur la tête. Ces derniers bains sont indiqués dans le Mémoire de M. Trousseau, dont j'ai parlé précédemment.

« Les évacuants sont des agents thérapeutiques dont on a singulièrement abusé dans le traitement des gourmes. Pour moi, il y a indication de l'emploi des purgatifs, toutes les fois qu'il y a un embarras saburral déterminé par l'état fébrile et les mauvaises digestions qui, si souvent, sont la suite des éruptions du cuir chevelu, ou encore lorsqu'il est utile de combattre la pléthore séreuse qui prédispose à ces affections. Mais, dans tous les cas, les purgatifs ne doivent être prescrits que d'une manière restreinte, car s'ils sollicitent l'évacuation de la sérosité, ils altèrent les fonctions digestives et déterminent l'expulsion de la bile, du suc pancréatique et du mucus, qui contiennent des éléments de réparation organique. »

M. de Rivas examine ensuite la question des vésicatoires, qu'il rejette avec beaucoup de raison, à notre avis.

« De deux choses l'une, dit-il, ou le vésicatoire prolongé ne provoque que peu ou point de suppuration; alors quel est son objet? Ou bien la surface en est large, excitée, suppurante ; alors c'est un véritable ulcère qui influe à la longue sur la santé, sur l'accroissement de l'enfant, entretient dans son économie un fond d'irritation perpétuelle : de là, la maigreur, le défaut de sommeil, la perte d'appétit, etc.; en un mot, tous les accidents que l'on cherche à combattre chez les sujets atteints de gourmes, affection qui dépend souvent, comme je l'ai fait observer déjà plusieurs fois, d'un affaiblissement dans l'acte assimilateur ou de l'insuffisance des principes nutritifs.

« Ainsi donc, non-seulement les vésicatoires n'atteignent pas le but que l'on se propose, ils vont contre ce but ; et cela, non-seulement en affaiblissant les enfants, mais en déterminant parfois de nouvelles éruptions chroniques de la peau, ou en provoquant la généralisation d'éruptions d'abord locales.

« Le premier soin dont je me préoccupe, lorsque je procède au traitement des gourmes du cuir chevelu, surtout de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux, c'est de ramollir et de faire disparaître

les croûtes. Ce résultat, je l'obtiens au moyen de cataplasmes de farine de graines de lin ou de fécule de pommes de terre. Je recommande qu'ils soient épais, humides et pas trop chauds. Ces cataplasmes sont appliqués pendant cinq ou six matins, quelquefois pendant plus longtemps, selon le besoin; ils sont maintenus sur la tête pendant deux heures; puis après qu'ils ont été enlevés, la tête est lavée avec de l'eau de savon tiède, et essuyée avec soin. Dès que les croûtes sont enlevées, on ne se sert plus de cataplasmes, qui répugnent toujours aux enfants, mais on continue le lavage de la tête pendant toute la durée du traitement. Une fois que la surface malade est nettoyée des exsudations qui pourraient nuire à l'action des topiques, alors je fais usage de lotions alcalines, surtout contre le pityriasis. Et, contrairement à l'avis de M. Cazenave, qui admet qu'en général, et presque sans exception, les corps gras sont inutiles quand ils ne sont pas nuisibles dans le traitement de l'impétigo, je me suis parfaitement trouvé de l'emploi des pommades dans le traitement des gourmes et surtout de l'impétigo. J'ai obtenu de bons résultats de la pommade suivante :

Emery.

Pr. : Goudron..... 1 partie.
Axonge..... 3 —
(Mêlez.)

« Contre le pityriasis, en particulier, je me sers de ces deux pommades :

Cazenave.

Pr. : Sous-carbonate de potasse.. 2 gr.
Cérat de Galien..... 30 —
(F. S. A.)

Pr. : Cyanure de mercure.... 50 cent.
Axonge..... 30 gr.
(Mêlez.)

« Mais la pommade avec laquelle j'ai obtenu les succès les plus nombreux et les plus surprenants par leur rapidité, c'est celle au turbith nitreux; en voici la formule :

Mialhe.

Pr. : Axonge..... 40 gr.
Turbith nitreux..... 2 —
Extrait thébaïque..... 1 —
(Mêlez.)

« Je fais faire, avec cette préparation, deux onctions par jour, aux enfants atteints de gourmes.

« Cette pommade m'a encore parfaitement réussi dans ces eczèma, ordinairement si tenaces, qui surviennent aux femmes à l'époque où elles cessent d'être réglées. Outre son action sur les maladies cutanées, elle tue les poux et détruit leurs lentes, ce qui est certes un grand mérite, lorsque l'on songe à la multitude de ces animaux qui pullulent dans les cheveux et sous les squames des malheureux enfants ; de telle sorte que les parents ne peuvent les garantir de cette vermine, et qu'elle excite une dé mangeaison qui vient rendre plus péni ble la présence des gourmes.

« Enfin, lorsque tous les moyens quej viens d'exposer ont échoué, ce qui ar rive rarement, je procède à la cautérisa tion des plaques, au moyen de la solution suivante :

Pr. : Potasse caustique..... 10 gr.
Eau distillée..... 100 —

De l'emploi thérapeutique de l'huile de pieds de bœuf a la place de l'huile de foie de morue ; *par* M. Radcliffe Hall.

L'huile de foie de morue jouit en ce moment d'une grande vogue, plus grande peut-être que les services réels qu'on en retire; et sans prétendre révoquer en doute son utilité en certains cas, il est du moins très-certain qu'elle ne guérit les tubercules bien développés, ni dans les poumons ni ailleurs. En outre, certains malades ne la digèrent pas; et l'on pouvait bien s'attendre à la voir remplacée un jour ou l'autre par quelque remède tout aussi efficace. Nous ne savons de quel fécond cerveau est sortie l'idée de recourir à l'huile de pieds de bœuf;

mais on l'emploie à Londres; il paraît qu'on l'essaie dans quelques services des hôpitaux de Paris; et puisque nos lecteurs ont droit d'attendre que nous les initierons à tous les progrès de la thérapeutique, nous allons donc les entretenir de l'huile de pieds de bœuf.

On peut déjà conclure de ceci que nous ne professons pas à l'endroit de ce remède nouveau un grand enthousiasme. Après tout, il se peut qu'elle soit utile, et nous ne demandons pas mieux que de nous rendre à l'expérience. M. Thompson, médecin de l'hôpital des phthisiques à Londres, a soumis à l'usage de l'huile de pieds de bœuf 14 phthisiques dans le premier semestre de 1849. Sur ces 14 sujets, 3 en avaient retiré de notables avantages, la maladie s'étant arrêtée; 4 ont été un peu soulagés; 5 sont restés *in statu quo;* 2 ont vu leur état s'aggraver rapidement. Depuis lors, sept nouveaux phthisiques ont avalé de l'huile, et cinq d'entre eux ont gagné à son usage une augmentation d'embonpoint qui a varié de 1 livre en un mois jusqu'à 7 livres en 45 jours.

A part l'embonpoint qui serait probablement obtenu par l'emploi continu d'une autre huile ou graisse quelconque, nous ne voyons pas trop de différence entre ces résultats et ceux qu'on obtiendrait de l'expectation pure sur un égal nombre de phthisiques. Cependant, M. Thompson a eu des imitateurs, comme il a été dit; et voici M. Radcliffe Hall qui détermine avec un soin scrupuleux les indications, les effets, les résultats thérapeutiques, et enfin les règles d'administration de l'huile de pieds de bœuf. Nous reproduisons cette partie de son travail d'après la version du *Bulletin de thérapeutique*.

« Dans tous les cas, dit l'auteur, où l'huile de foie de morue ne convient pas habituellement, j'ai trouvé que l'huile de pieds de bœuf est susceptible de la remplacer avantageusement. Prise de la même manière, à la même dose et avec les mêmes précautions que celle-ci, elle n'avertit pas le malade de sa présence, une fois qu'il l'a avalée. Au début, elle agit ordinairement d'une manière très-douce sur le tube intestinal, ramollissant les matières intestinales et rétablissant la régularité des évacuations plutôt qu'augmentant leur fréquence. Dans quelques cas de diarrhée chronique, où j'ai administré cette huile associée au tannin ou à l'acide nitrique et à l'opium, le dévoiement a diminué sous son influence. Dans d'autres cas de diarrhée, elle m'a paru au contraire en augmenter l'abondance. Les douleurs ressenties par les phthisiques dans la poitrine se sont généralement calmées; le râle sous-crépitant du sommet des poumons a disparu, en même temps que nous constations dans l'état général cette amélioration qui suit l'administration de l'huile de foie de morue lorsqu'elle est bien supportée.

« L'huile de pieds de bœuf m'a aussi rendu des services dans la bronchite simple sans tubercule, après la première période; je m'en suis servi également avec avantage pour faire cesser des constipations habituelles, pour calmer l'irritation des hémorroïdes, et d'une manière générale, pour améliorer l'état de certains enfants qui, sans cause manifeste, et malgré un régime convenable, restaient maigres et délicats.

« L'action laxative de l'huile de pieds de bœuf est assez incertaine. Habituellement, ainsi que nous l'avons dit, elle n'a d'abord qu'une très-faible action sur l'intestin, dont elle régularise seulement les fonctions; mais quelquefois il n'y a rien de pareil, et il faut y joindre les vrais laxatifs. D'un autre côté, chez les jeunes enfants et chez quelques adultes dont le ventre est assez irritable, on observe assez souvent un peu de dévoiement lorsque l'huile a été administrée seule pendant quelques jours. Dans aucun cas je ne l'ai vue irriter la membrane muqueuse ni produire de coliques. S'il n'y a pas de diarrhée, l'huile régularise seulement les garde-robes, et rien de plus; s'il y a de la diarrhée, ou seule-

ment un peu de tendance à la diarrhée, ce n'est pas une raison pour ne pas donner l'huile ; il suffit de lui associer un astringent convenable, pour qu'on puisse l'administrer avec avantage dans l'immense majorité des cas.

« L'huile de foie de morue détermine, dans quelques cas, une éruption herpétique autour de la bouche, du reste assez insignifiante, et de la douleur vers la langue. Je n'ai jamais rien observé de pareil avec l'huile de pieds de bœuf ; mais comme ces accidents s'observent surtout en été, je n'ai pas encore eu l'occasion de vérifier la chose sur une échelle suffisante. Mon expérience personnelle est encore trop peu considérable pour me permettre d'établir une comparaison entre l'huile de foie de morue et l'huile de pieds de bœuf considérées dans leurs résultats définitifs, et par conséquent dans leur efficacité réelle. Je ne proposerai pas certainement de remplacer l'huile de foie de morue par l'huile de pieds de bœuf dans les cas où la première serait prise sans inconvénient. Je fais cependant une exception : lorsqu'il y a constipation habituelle, je remplace la première par la seconde avec avantage.

« Ainsi qu'on doit le prévoir, il y a quelques cas de phthisie plus aiguë, dans lesquels l'huile de pieds de bœuf, pas plus du reste que l'huile de foie de morue, lorsqu'elle peut être prise par les malades, n'est d'aucune utilité pour arrêter le ramollissement des tubercules et l'amaigrissement qui en est la conséquence.

« Quelques malades ont pensé qu'ils supporteraient mieux l'huile de foie de raie que l'huile de foie de morue. Je l'ai essayée deux fois. Dans les deux cas, elle a été supportée. Ce qui forme, suivant moi, l'avantage principal de l'huile de pieds de bœuf, c'est qu'elle est souvent tolérée par les organes digestifs, lorsque les huiles de poisson ne le sont pas.

« On éprouve, en ce moment, un peu de difficulté à se procurer de la véritable huile de pieds de bœuf. Chez les bouchers, elle est mélangée de trop d'impuretés ; chez beaucoup de droguistes, elle est mêlée avec de l'huile de noix, et chez un plus grand nombre encore, elle est tellement raffinée, qu'elle est presque entièrement dépouillée de sa stéarine. Sous cette forme si pure, j'ai remarqué qu'elle répugne à l'estomac. Dans cette huile, comme dans l'huile de foie de morue, et probablement aussi dans les autres huiles animales, la présence d'une grande proportion de stéarine rend l'huile plus facile à digérer. L'huile de pieds de bœuf dont il faut faire choix est donc celle qui est seulement débarrassée des particules étrangères, qui est d'un jaune tirant sur le brun, opaque et chargée de stéarine, semblable à du miel assez épais.

« En terminant, je dirai que, pour assurer le succès du traitement, il faut s'astreindre aux trois conditions principales suivantes : 1° faire choix d'une huile de pieds de bœuf véritable, mais non épurée ; 2° commencer par de petites doses, une petite cuillerée deux fois par jour, et n'augmenter que par degré ; 3° enfin ne jamais prendre l'huile à jeun, mais seulement lorsqu'il y a des aliments dans l'estomac.

DE L'EMPLOI DE L'AIR CHAUD ET HUMIDE *dans le traitement du croup ;* par M. W. BUDD.

Lorsqu'il s'agit d'une affection aussi grave et aussi difficile à combattre que la laryngite membraneuse, on ne saurait trop faire connaître des méthodes de traitement qui se recommandent par leur simplicité et le succès qu'elles ont obtenu dans un certain nombre de cas. M. William Budd rapporte dix observations dans lesquelles l'air chaud et humide a été employé, aidé de l'émétique. Sur ces dix enfants, deux seulement ont succombé, et encore leur affection était-elle parvenue à un degré à peu près irrémédiable. L'un deux fut apporté dans un état comateux et convulsionné, et l'au-

topsie démontra que les fausses membranes s'étendaient à droite jusque dans les ramifications des bronches, de manière à rendre presque tout le poumon imperméable à l'air.

Voici comment procède l'auteur : l'enfant malade est couché dans un lit fermé de tous côtés au moyen de rideaux superposés ; dans l'enceinte formée ainsi par ce rideau, on place une grande terrine remplie seulement d'eau bouillante ; et dans cette eau bouillante on plonge de temps en temps une brique chaude afin de dégager des nuages de vapeur. Par ce moyen, on maintient l'air qui entoure le lit à une température de 30 à 35 degrés centigrades, et chargé d'humidité. L'émétique est administré de temps en temps, toutes les fois que la respiration s'embarrasse davantage, non pas dans le but de produire l'effet antiphlogistique antimonial, mais bien seulement pour que les succussions mécaniques du vomissement tendent à détacher les fausses membranes qui tapissent la muqueuse laryngienne.

Cette méthode, avons-nous dit, a eu un plein succès dans huit cas sur dix. Une analyse succincte de deux observations nous paraît utile ici.

Obs. I. — Edwin Poole, bel et robuste enfant de deux ans et demi, est apporté à l'infirmerie de Bristol le 15 mars 1851. Il avait eu froid huit jours auparavant, et n'avait pourtant offert des accidents de croup que le matin même du jour de son entrée à l'hôpital, vers quatre heures du soir. A ce moment, les accidents étaient déjà fort graves, l'oppression extrême, la face livide et boursouflée, le murmure respiratoire à peine sensible ; il était évident que l'air ne pénétrait presque plus dans les vésicules pulmonaires ; la toux croupale existait avec tous ses caractères ; le voile du palais et l'arrière-gorge étaient tapissés d'une couche blanche de lymphe plastique ; le pouls donnait 130 pulsations à la minute. Le seul phénomène favorable qui existait, c'était que la chaleur animale s'était bien conservée, et que les muscles respiratoires résistaient vigoureusement contre l'obstacle qui s'opposait à l'entrée de l'air dans la poitrine. Aussitôt que l'enfant eût été placé dans un lit ordinaire, on lui administra l'émétique, deux sangsues furent appliquées au sommet du sternum, et on prescrivit le bicarbonate de potasse à la dose de 10 centigrammes toutes les demi-heures.

A cinq heures, les accidents paraissant augmenter plutôt que diminuer, on appliqua deux autres sangsues à la gorge, et les *fauces* furent lavées avec une solution saturée de nitrate d'argent. Rien de tout cela ne réussit, et la mort était imminente, lorsque M. Budd eut la pensée de faire disposer le lit comme nous l'avons dit tout à l'heure, et d'échauffer ainsi l'air respiré par le petit malade. Au bout de deux heures l'amélioration était déjà très-marquée ; la respiration était plus facile et moins stridente, la lividité de la face moins marquée ; la nuit fut marquée par plusieurs heures d'un sommeil réparateur. L'émétique fut administré deux ou trois fois, et chaque fois le vomissement était accompagné de l'expulsion de plaques pseudo-membraneuses. Le lendemain, les symptômes les plus alarmants avaient disparu ; la respiration devint de plus en plus libre, la lividité n'avait plus laissé aucune trace ; il y avait à la minute 28 inspirations sans fatigue ; le pouls tomba à 98 ; la toux devint plus muqueuse et perdit peu à peu son caractère croupal. Le soir du même jour, le petit malade était assez bien pour se tenir assis sur son lit. A partir de ce moment, il marcha rapidement vers la guérison.

Obs. II. — John Winchester, âgé de 22 mois, fut admis à l'hôpital le 30 mars 1851, atteint de croup. Cet enfant était faible, cachectique. Les symptômes du croup existaient dans toute leur énergie ; toux caractéristique, stridente, sèche, extrêmement difficile ; fausses membranes sur les *fauces* : peau encore chaude, mais pouls à 125. Ronchus sibilant dans

la poitrine. Le même traitement fut ici employé comme dans le premier cas, et avec des résultats aussi favorables. L'emploi de l'air chaud et humide fut suivi d'un soulagement immédiat, et au bout de six heures, tous les accidents alarmants avaient disparu. Chaque vomissement provoqué par l'émétique amena l'expulsion de fausses membranes.

Le 1er avril, la respiration était complétement libre, naturelle, la toux humide, non croupale, et le petit malade se rétablit complétement, quoique un peu plus lentement que le premier.

Les six autres enfants, tous aussi dans un âge tendre, guérirent pareillement, et l'analyse de leurs observations ne serait qu'une répétition de ces deux cas.

Assurément, l'action de l'air chaud et humide n'a pas été tout dans ces magnifiques résultats, mais nous partageons volontiers l'opinion de M. William Budd, qui attribue à ce moyen simple et ingénieux les bénéfices de guérisons qui ne se seraient sans doute pas opérées sous l'influence de l'émétique seul et des émissions sanguines.

(*Med. Times et Union médicale.*)

DES INHALATIONS DU CHLOROFORME DANS LA PNEUMONIE.

Les journaux allemands ont publié, dans ces derniers temps, plus de deux cents observations de pneumonie traitée par les inhalations de chloroforme. Or, loin d'être contre-indiqué dans les cas de phlegmasie pulmonaire, comme on l'avait pensé jusqu'à ce jour, le chloroforme, au contraire, paraît, d'après ces faits, modifier avantageusement la marche de l'inflammation du poumon. Il résulte, en effet, de ces publications que, sur cent quatre-vingt-treize cas traités par les docteurs Wachern, Baumgartner, Helbing et Schmidt, il n'y a eu que neuf décès. De vingt-trois cas rapportés par le docteur Warrentrapp, de Francfort, dix-neuf ont été traités exclusivement par le chloroforme, et un seul malade a succombé. Le *Henle's Zeitschrift für rationnelle Medicin* indique, en ces termes, le mode suivant lequel l'agent anesthésique était administré dans ces derniers cas :

Toutes les deux, trois ou quatre heures, on faisait respirer au malade les vapeurs de 60 gouttes de chloroforme, pendant dix ou quinze minutes, mais sans aller jusqu'à la perte de connaissance. Tous les malades étaient adultes et, en moyenne, arrivés au cinquième jour de la pneumonie. Chez tous, on a remarqué que le chloroforme avait pour effet de déterminer la transpiration, quelquefois après la première inhalation, mais jamais plus tard que la troisième ou la quatrième. Il diminuait graduellement et faisait disparaître définitivement la douleur de poitrine ou de côté. Il soulageait la sensation de gêne thoracique, ramenait la respiration à son type normal, calmait la toux dans tous les cas, facilitait l'expectoration en la modifiant et en la rendant moins abondante. Enfin, il faisait tomber rapidement la fièvre, et amenait un sommeil rafraîchissant et réparateur du troisième au quatrième jour après le commencement des inhalations.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

BONS EFFETS DU PAIN DE SON CONTRE LA CONSTIPATION QUI COMPLIQUE LES MALADIES DE L'UTÉRUS; *par* M. LABARILLER.

Nous avons publié, t. X., p. 332, un Mémoire de M. Warren sur les bons effets du pain de son contre la constipation habituelle. M. Labariller communique au *Bulletin de Thérapeutique* quelques observations qu'il a recueillies de l'emploi du pain de son dans la constipation qui complique les maladies de l'utérus. Il va sans dire que cette constipation n'a rien de spécial, et que le pain de son n'agit pas ici autrement que dans tous les autres cas.

« Dans dix cas de rétroversion ou de prolapsus utérin, dit-il, qui ont nécessité le séjour des malades au lit ou sur une chaise longue, l'action du pain de son

ne m'a fait défaut qu'une seule fois. J'y ai eu recours encore avec succès dans le cas suivant :

Une jeune femme, âgée de 23 ans, avait fait une fausse couche au troisième mois d'une première grossesse. Redevenue enceinte peu de temps après, la crainte de voir un semblable accident, crainte que les conditions de la santé de cette dame me firent partager, engagèrent sa famille à lui faire garder le lit pendant les quatre premiers mois. Quelques phénomènes provoqués par la constipation ne tardèrent pas à éveiller notre sollicitude; et ce n'est que par l'usage du pain de son que je pus vaincre la constipation, qui avait résisté à tous les autres moyens.

« La constipation liée à un état maladif du foie ou de l'estomac, dans les cas surtout où les matières excrémentitielles sont compactes et noirâtres, sera combattue avec succès par le pain de son. A l'appui de cette proposition, je citerai, entre plusieurs, le fait fort remarquable d'une dame d'Angoulême qui, traitée pendant longtemps d'accidents gastralgiques, s'était condamnée, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens formulés par des praticiens fort recommandables, à prendre chaque matin, depuis une année, un lavement huileux. L'usage journalier du pain de son vint affranchir la malade de cette médication fatigante, et aida puissamment au rétablissement de ses fonctions digestives.

« Si le pain de son a des avantages aussi marqués lorsqu'il est pris convenablement et en petite quantité, dans les conditions contraires il peut avoir un résultat opposé ; il amène une perte complète de l'appétit, et provoque un dégoût qui force à en cesser l'usage. Deux fois j'en ai été témoin chez des malades qui, dans l'espoir d'avoir un plus prompt et plus complet soulagement, avaient outrepassé ma prescription.

« Le pain de son agissant d'une manière mécanique, l'expérience m'a appris qu'il est préférable de le conseiller au commencement des repas. Huit à dix bouchées suffisent.

« Il est très-difficile de se procurer un pain de son bien fait. Après les divers essais tentés par plusieurs boulangers auxquels je me suis adressé, celui qui a été trouvé le plus agréable par les malades, et dont l'effet a été le plus marqué, était préparé en incorporant à la pâte du pain bis une quantité égale en poids de son ordinaire. »

Chirurgie.

EXCISION D'UN CANCER DE LA BASE DE LA LANGUE PAR LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE, *par* M. GIAMATTEI.

Lorsqu'une tumeur de nature maligne occupe la base de la langue, l'excision par la bouche est une opération extrêmement laborieuse; la ligature préalable de la linguale ne met pas complétement à l'abri de l'hémorragie; et pour peu que le cancer s'étende en arrière, les dernières excisions se font à l'aveugle, le bistouri n'étant guère plus dirigé qu'avec le doigt. Nous avons rencontré toutes ces difficultés, et l'on comprend que les opérateurs aient cherché à les éluder. M. Sédillot, pour avoir plus de jour, commence par scier la mâchoire sur la ligne médiane pour en écarter les deux moitiés. M. Regnoli attaque l'organe par la région hyoïdienne, fait une incision verticale sur la ligne médiane, convertie en incision en croix par une autre transversale; divise ainsi le plancher buccal, écarte les lambeaux, isole la langue, l'attire au dehors par cette énorme plaie, et attaque alors les parties altérées, pour ainsi dire à ciel ouvert. Voici un bel exemple de succès obtenu par ce procédé.

OBS. — Une femme de trente-cinq ans entra à l'hôpital de Lucques pour une

tumeur de la langue développée, six ans auparavant, vers le bord droit de cet organe. Cette tumeur, qui avait primitivement la forme d'un tubercule dur et indolent, augmenta lentement, mais sans s'arrêter, et elle était déjà ulcérée depuis quelques mois, et traversée d'ailleurs de douleurs lancinantes, lorsque la malade se présenta à l'hôpital. Les progrès qu'elle avait faits du côté de la base de la langue, en rendaient impossible l'ablation complète par la bouche. M. Giamattei résolut d'attaquer la tumeur par la région sus-hyoïdienne.

Il pratiqua donc les incisions extérieures, selon le procédé de M. Regnoli, disséqua les lambeaux, pénétra dans la cavité buccale, excisa le plancher musculaire sus-hyoïdien, tira la langue de manière à l'amener à la région antérieure du cou, et put ainsi examiner le mal dans toute son étendue. Il enferma alors le tubercule cancéreux dans une incision semi-elliptique et en fit l'ablation. L'artère linguale avait été intéressée dans ce temps de l'opération : il la lia sans difficulté avec une aiguille passée à travers le tissu lingual. Il dut ensuite enlever, au moyen du bistouri boutonné, une partie du pilier antérieur du voile du palais qui participait à la dégénérescence ; une hémorragie qui suivit cette excision fut arrêtée au moyen d'un bouton de feu. L'opération fut terminée en replaçant la langue dans la cavité buccale, et en réunissant les lambeaux par quelques points de suture.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses : la réunion immédiate s'accomplit sans retard et sans difficulté. Dès le second jour, la malade put avaler quelques cuillerées de soupe ; le quatrième jour, elle put mâcher et articuler des mots. Au quatorzième jour, la guérison était complète.

Tout en applaudissant à ce succès, nous avouons qu'il nous paraît trop beau peut-être, et que quelques détails de plus nous auraient paru nécessaires. L'auteur dit qu'il a *excisé* les lambeaux du plancher musculaire de la bouche ; à quoi bon? Si cette excision est nécessaire pour y bien voir, il y a donc une énorme difficulté à faire sortir la langue par l'incision sus-hyoïdienne? Mais ces muscles excisés, ou même seulement séparés de leurs attaches à la langue, que devient celle-ci? Quoi! elle n'a pas eu la moindre tendance à se rétracter vers le pharynx? Serait-ce donc qu'on aurait coupé ses attaches à l'os hyoïde? Mais alors comment la malade a-t-elle pu avaler dès le second jour des cuillerées de soupe? Et puis, enfin, cette guérison si prompte s'est-elle maintenue? Le plus grave reproche à adresser à l'excision ordinaire, c'est la fréquence des récidives, et bien que ces récidives s'expliquent par la nature du mal, on peut craindre aussi que l'excision n'en ait pas dépassé les limites.

Au total, nous ne voudrions pas rejeter absolument le procédé de M. Regnoli ; mais de semblables observations ne nous édifient pas suffisamment sur ses avantages ; et nous attendrons d'autres faits pour l'apprécier.

Luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne ; *par* M. Bouisson.

Bien que les luxations de ce genre aient été mentionnées par Celse, il n'en a été publié jusqu'à présent que deux exemples, l'un par Lassus, l'autre par Palletta ; encore, leurs observations trop concises laissent-elles fort à désirer. Aussi le fait suivant, communiqué à l'Académie de médecine avec la pièce anatomique à l'appui, a-t-il une importance qu'il n'est pas besoin de relever.

Obs. — Le 29 avril 1851, le nommé Philippe Plos, âgé de seize ans, d'une constitution assez forte, employé comme garçon jardinier à l'hôpital général de Montpellier, voulut aller chercher un outil de jardinage qui se trouvait placé sous un tombereau chargé d'un poids de plusieurs quintaux. Ce jeune homme ayant remué le morceau de bois vertical qui, placé entre le sol et le tombereau

empêchait celui-ci de faire un mouvement de bascule en arrière, fut jeté contre terre et comme écrasé par le poids qu'il eut à supporter. Les personnes qui accoururent au moment de l'accident pour porter secours à ce blessé, le trouvèrent dans la position suivante : La face appuyait sur le sol, et l'angle postérieur et inférieur du tombereau comprimait fortement la nuque. Le reste du corps se trouvait sous la charrette. Le jeune homme ayant été retiré de la position où il était fixé, on put constater qu'il ne donnait plus aucun signe de vie. Les narines venaient d'être le siége d'une légère hémorragie. Il n'y avait aucune trace d'écoulement séro-sanguinolent par les oreilles; les téguments de la tête ne présentaient aucune solution de continuité apparente, mais une contusion considérable existait à la partie postérieure du cou. Le creux de la nuque était effacé, et on sentait, en pressant sur cette région, une sorte de fluctuation. En complétant l'examen extérieur des autres parties du cadavre, on reconnut une fracture des deux os de la jambe droite avec issue du fragment supérieur du tibia en avant. Le péroné était fracturé beaucoup plus haut que le tibia.

L'autopsie faite, vingt-six heures après l'accident, révéla les désordres suivants. La peau du crâne était décollée dans une assez grande étendue vers la région frontale. Aucune trace de fracture n'existait aux os de la voûte du crâne. Au niveau des fosses occipitales, il y avait un épanchement sanguin qui recouvrait la surface du cerveau et du cervelet. Après avoir enlevé la masse encéphalique et décollé la dure-mère de la base du crâne, on put constater qu'il n'existait aucune fracture de cette région ; mais dans les fosses cérébelleuses, la dure-mère était décollée dans une petite étendue auprès du trou occipital, et cette membrane fibreuse était soulevée par une assez grande quantité de sang qui refluait de l'intérieur du canal vertébral. L'examen de l'ouverture supérieure de ce dernier fit constater sa déformation avec réduction de son diamètre dans le sens antéro-postérieur. Le bulbe rachidien était comprimé et aplati dans le point correspondant au niveau du trou occipital.

Les téguments de la nuque et de la partie postérieure de la tête étant incisés et enlevés, on aperçut les marques de la contusion profonde des muscles de la partie postérieure du cou. Les fibres musculaires étaient en partie broyées et mêlées de sang en abondance. La contusion était surtout très-prononcée du côté droit de la nuque. Le trapèze, le splénius et le grand complexus de ce côté étaient déchirés au niveau de leur insertion occipitale, ainsi que les deux muscles grand et petit droits postérieurs de la tête. Les deux obliques avaient résisté. Les muscles de la nuque ayant été enlevés et l'articulation occipito-atloïdienne étant mise à découvert, on put constater les désordres suivants.

L'atlas et surtout sa masse latérale droite avaient subi un mouvement de projection en avant qui avait porté sa facette articulaire droite en avant du condyle. Ce condyle faisait saillie en arrière, dans l'étendue de 2 centimètres environ ; sa surface articulaire était entièrement séparée de celle de l'atlas, et les ligaments qui le maintiennent en rapport avec l'apophyse articulaire de ce dernier os étaient rompus du côté gauche ; il n'existait qu'un diastasis entre le condyle gauche de l'occipital et la surface correspondante de l'atlas. Le ligament occipito-odontoïdien droit était rompu, ou plutôt arraché à son insertion condylienne, et à son extrémité adhérait une portion du cartilage d'incrustation. Le ligament occipito-odontoïdien gauche était conservé et avait empêché la luxation de s'effectuer de ce côté. Le ligament occipito-atloïdien postérieur était entièrement déchiré, l'antérieur était conservé. Par sa projection en avant et à droite, l'atlas rétrécissait d'avant en arrière l'entrée du canal rachidien, de telle manière que l'arc postérieur de cette

vertèbre se trouvait rapproché de la demi-circonférence antérieure du trou occipital. Il en résultait une compression du bulbe rachidien, qui cependant n'était pas écrasé. Aucune trace de fracture n'existait ni autour du trou occipital, ni sur aucun point de la circonférence de l'atlas ou de l'axis. Ces deux os à l'état d'intégrité conservaient leur mode d'union ordinaire. Il existait seulement quelques apparences de décollement du cartilage intervertébral placé entre le corps de l'axis et celui de la troisième vertèbre, mais sans déplacement ni autre lésion physique.

Les artères vertébrales n'étaient point rompues. La pièce, préparée et conservée, permet de constater ces diverses dispositions.

A la suite de l'observation, M. Bouisson a ajouté des considérations fort étendues sur les causes, les variétés, les symptômes, les complications que *pourraient offrir* ces luxations. Nous reconnaissons volontiers tout le talent que l'auteur a mis à prévoir toute cette future pathologie; mais pour notre compte, en pareille matière, nous préférons nous borner à constater ce qui est. Voilà un fait nouveau qui apporte son enseignement avec lui ; quant aux faits futurs, nous les attendrons avant de juger s'ils seront ou non conformes aux prévisions de M. Bouisson.

SUR LA HERNIE DE LA MUQUEUSE URÉTRALE A L'ENTRÉE DE LA VULVE, *par* M. GUERSANT.

La hernie de la muqueuse urétrale paraît être relativement assez fréquente chez les jeunes sujets, et appartient en propre aux petites filles, puisqu'il n'en existe point d'exemple chez les garçons. Il ne se passe guère d'année sans qu'il s'en présente quelques cas à l'hôpital des Enfants ; et c'est à propos d'un fait de ce genre, que M. Guersant a exposé, dans une leçon de clinique, les considérations suivantes.

Déja Morgagni, sur deux sujets destinés aux études anatomiques, avait constaté l'existence du prolapsus de la muqueuse urétrale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme déjà âgée et d'une constitution détériorée; dans le second, d'une jeune fille de quinze ans, cachectique depuis longtemps, et qui mourut de phthisie.

Sernin parle d'une jeune fille de quinze ans qui fut atteinte d'une maladie analogue. Une autre observation, citée par Hoin, paraît se rapporter encore à ce sujet.

En 1841, une jeune fille de dix ans, nommée Aulier, fut présentée, par sa mère, à la consultation de l'hôpital des Enfants. M. Guersant, après avoir établi son diagnostic avec la plus grande précision, conseilla d'abord des moyens assez simples, tels que des lotions d'eau végéto-minérale, des bains salés, et surtout une bonne alimentation, car l'enfant avait notablement maigri depuis quelque temps. La mère fit entrer, peu de temps après, sa fille à l'hôpital de la Charité, où la tumeur fut excisée par M. Velpeau, qui crut avoir affaire, dit le rédacteur, à une tumeur fongueuse de la région urétro-vulvaire.

Quoi qu'il en soit, l'enfant se rétablit parfaitement, ainsi que cela fut constaté plus d'un mois après l'opération.

Nous nous permettrons de conserver quelques doutes sur l'exactitude de la narration, du moins, en ce qui concerne M. Velpeau ; car, immédiatement après cette histoire, il en vient une autre qui charge M. Malgaigne d'une erreur de diagnostic beaucoup plus monstrueuse, laquelle, comme de raison, aurait été glorieusement corrigée par M. Guersant. Le premier aurait cru, chez un enfant de treize ans, à une chute de l'utérus, que le cathétérisme aurait démontré n'être qu'une chute de la muqueuse urétrale. C'est bien assez assurément des erreurs réelles commises presque inévitablement par tous les chirurgiens un peu occupés, sans aller les charger de bévues imaginaires. Nous avons quelque peine à croire que

M. Guersant accepte la responsabilité de pareilles histoires; et nous avons hâte de dire que la rédaction ne lui en appartient pas.

Une autre jeune fille, âgée de dix ans, faible, chétive, d'une maigreur assez prononcée, fut conduite à M. Guersant pour une hernie de la muqueuse uréthrale; la maladie remontait à douze jours au dire de la mère.

Après différentes tentatives de traitement restées infructueuses, M. Guersant pratiqua avec des ciseaux courbes l'excision de la tumeur. A peine y eut-il un léger écoulement de sang. Mais la malade dont l'état tuberculeux était déjà assez avancé, fut prise de symptômes adynamiques, et succomba quinze jours après aux progrès de son affection pulmonaire.

La vessie ne présenta rien de particulier, si ce n'est une légère injection vers le col. L'urètre, examiné naturellement avec le plus grand soin, était libre dans toute son étendue; seulement, tandis que son quart postérieur était tapissé par la muqueuse urétrale, ses trois quarts antérieurs étaient dépourvus de cette membrane, de telle sorte que son tissu fibreux se trouvait immédiatement à nu. Les bords de la muqueuse conservée étaient parfaitement limités, et la section paraissait d'une netteté parfaite, comme cela résulte de l'action d'un instrument tranchant.

Or, comme il est évident que l'instrument n'avait pu agir sur un point aussi profond, puisque l'excision avait porté exclusivement sur la tumeur saillante au dehors de l'urètre, il faut bien admettre une sorte de mouvement ascensionnel de la muqueuse, un glissement opéré de bas en haut après l'opération, une sorte de réduction spontanée.

Cette affection paraît survenir plus spécialement chez les jeunes filles faibles et ymphatiques. Circonstance digne d'être notée, ce prolapsus laisse parfaitement libre l'écoulement des urines. Il n'existe, tout d'abord, aucun symptôme particulier autre que celui propre à la tumeur elle-même ; et s'il survient un peu plus tard de la cuisson, de la rougeur, un suintement muqueux, un léger écoulement de sang, on s'explique facilement ces phénomènes par l'irritation de la tumeur exposée aux frottements, par sa tuméfaction et son ulcération consécutives.

Abstraction faite des agents topiques dont nous avons déjà parlé, et qui peuvent être employés avec avantage dans tel ou tel cas donné, M. Guersant a eu recours à deux modes différents de traitement.

La première est l'excision déjà pratiquée par Sernin, et qu'il a lui-même appliquée avec succès dans plusieurs cas. L'enfant placée sur son lit, les cuisses écartées, les grandes lèvres rejetées en dehors, la tumeur est saisie avec une érigne, tiraillée d'arrière en avant; puis, à l'aide de ciseaux, l'opérateur sépare d'un seul coup la tumeur à son point de jonction avec l'extrémité antérieure de l'urètre.

L'hémorragie est sans conséquence, et il n'y a pas à s'en préoccuper.

La seconde méthode appartient à M. Guersant, qui l'emploie plus volontiers, et toujours avec succès : elle consiste à cautériser directement la tumeur herniaire avec un bouton de feu rougi à blanc, de manière à détruire toute la partie saillante de la muqueuse, seul but qu'il s'agit d'atteindre; car la réduction de la tumeur, tentée d'abord par ce chirurgien à l'instar de celle que l'on pratique dans le prolapsus rectal, n'a jamais été suivie d'un résultat satisfaisant.

Chose remarquable, la cautérisation, pas plus que l'excision pure et simple, ne donne lieu à une rétention, même momentanée, d'urine.

Quelques praticiens se préoccuperont peut-être de l'état ultérieur de l'urètre. N'est-il pas à craindre, en effet, que l'excision ou la cautérisation de la muqueuse urétrale, dont la portion restante, si l'on en juge par l'examen de l'autopsie indi-

quée plus haut, tend à remonter vers le col vésical pour reprendre sa place naturelle, ne soit suivie d'un rétrécissement consécutif du canal? L'expérience prouve que cette appréhension n'est point fondée, car M. Guersant n'a jusqu'à présent rien observé de semblable. La brièveté du canal de l'urètre chez la femme, sa largeur relativement assez grande, expliquent sans doute suffisamment cette particularité.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

FRACTURE DE L'ANGLE INFÉRIEUR DE L'OMOPLATE *par action musculaire;* par M. GENSOUL.

A l'occasion des fractures de l'omoplate, M. Malgaigne a émis l'idée que celles de l'angle inférieur ne méritent pas de mention spéciale, et il les décrit en même temps que celles du corps de cet os. Le fait suivant, communiqué par M. Gensoul à la Société de chirurgie, est remarquable surtout par la cause de la fracture qui semble avoir été l'action musculaire; mais on connaît un cas de fracture du corps de l'omoplate, due à la même cause. Quoi qu'il en soit, celui-ci se lira encore avec intérêt.

OBS.—«Le nommé Revenu, cultivateur à Sainte-Foy-lez-Lyon, se présenta dans mon cabinet le 3 février 1834. Il se plaignait d'une douleur vive au bas de l'épaule, lorsqu'il exécutait des mouvements. La veille, me dit-il, en descendant une côte très-rapide et pavée, mon pied droit a glissé; j'ai failli tomber en arrière sur le dos, mais je me suis retenu sur la main droite, et me suis redressé sans que mon dos ait *touché* la terre. Je souffrais un peu; mais, comme je n'étais pas tombé, je regagnai mon domicile, pensant que la douleur disparaîtrait bientôt; mais aujourd'hui je souffre davantage, et je viens me faire examiner. Je fis dépouiller de ses vêtements cet homme vigoureux, alors âgé de 48 ans, et je reconnus une fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate. Le fragment inférieur était si sensiblement écarté que, portant l'épaule en arrière, il était facile de le mouvoir, de le faire crépiter contre le corps de l'omoplate. Le docteur Perouse, mon secrétaire à cette époque constata sans peine et à l'instant cette fracture, qui se reconnaissait, passez-moi l'expression, à pleine main. Il était évident que les efforts spontanés et convulsifs du muscle grand rond et des faisceaux musculaires du grand dorsal qui s'insèrent à l'angle inférieur de l'omoplate, avaient rompu cet os et détaché son angle inférieur; cependant, l'action des autres muscles du tronc avait suffi pour que le malade pût se redresser et regagner son domicile sans douleur trop vive, et sans qu'il fût privé de mouvoir son bras. Je plaçai le bras demi-fléchi, appuyé sur les côtés du tronc; je le maintins dans cette position quarante-cinq à cinquante jours, et la guérison a été si complète que, quelques mois après, il était impossible de reconnaître le lieu de la fracture.

« Dans le courant de l'année 1848, le même malade se présenta de nouveau dans mon cabinet; il venait de tomber sur le dos en marchant dans une rue dont une pluie fine avait rendu les pavés glissants : le côté gauche et postérieur du tronc avait violemment frappé le sol. A peine eut-il dépouillé ses vêtements que, portant la main sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche, je reconnus une fracture semblable à celle que j'avais constatée quatorze ans auparavant à l'angle de l'omoplate du côté opposé. Les mouvements du bras étaient douloureux, mais ils pouvaient s'exécuter presque dans tous les sens. Le traitement fut le même; la guérison eut lieu de la même manière. Aujourd'hui, le malade travaille la terre avec vigueur, malgré ses 66 ans.

« Je dois ajouter que Revenu n'a jamais été affecté de maladies vénériennes, n'a jamais éprouvé d'autres fractures, et la seule prédisposition que l'on pourrait supposer chez cet homme robuste

serait une petite épaisseur congéniale du tissu osseux des omoplates.

Anévrisme faux consécutif, survenu a la suite d'une saignée et guéri par la position ; *par* M. A. Thierry.

Obs. — Le 9 mai 1852, un homme de 28 ans, d'une bonne constitution, se fit pratiquer une saignée du bras chez un médecin de la ville. En revenant chez lui, il fut obligé d'entrer chez un marchand de vin pour se faire arrêter le sang, qui coulait abondamment par l'ouverture de la saignée. Deux jours après, à la suite d'un effort, une nouvelle hémorragie eut lieu par la même ouverture. Cette fois, des sœurs de charité firent une compression méthodique, et adressèrent le malade à M. le docteur Charpentier, qui reconnut un anévrisme, suite de saignée malheureuse, et renvoya le malade à l'examen de MM. Jobert et Thierry. M. Jobert conseilla au blessé d'entrer dans son service pour y subir la ligature de l'artère humérale. Sur la proposition de M. Thierry, on établit sur la tumeur une compression avec des disques d'agaric. Trois jours après, il supprima cet appareil, qui gênait beaucoup le malade, puis il plaça le membre dans la flexion forcée, le bras ramené par-dessus la tête et la main appliquée sur la joue du côté opposé. Le malade resta pendant cinq jours le bras appliqué contre le corps, et la main ramenée sur l'épaule du côté opposé. Au bout de quinze jours, on constata que la tumeur était réduite à un très-petit noyau. Le bras fut maintenu dans la même position pendant quinze jours encore, et au bout de ce temps le noyau était complétement disparu.

Ce cas n'est pas le premier dans lequel la flexion forcée ait été employée avec succès pour arrêter les hémorragies traumatiques. Il y a près de vingt ans que M. Malgaigne a proposé cet expédient pour les lésions de l'artère radiale; et même, plus tard, il a constaté que la flexion du genou arrête le cours du sang dans l'artère poplitée. M. Bobillier a aussi arrêté une hémorragie de l'artère brachiale par suite d'un coup de couteau, au moyen d'une flexion très-forte et soutenue de l'avant-bras.

C'est donc là, en définitive, une précieuse ressource, dont nous conseillons que l'on use avant de recourir à la ligature de l'artère humérale, opération qui est loin d'être aussi inoffensive qu'on l'a prétendu, puisque, cet été encore, un homme qui l'a subie à la suite d'une saignée malheureuse, a succombé aux accidents qu'elle a développés.

(*Revue clinique.*)

Obstétrique.

Observation de rétention prolongée du placenta ; *par* M. Berne, interne à l'Hôtel-Dieu, de Lyon.

Lorsque le placenta ne ne trouve pas expulsé complétement de la cavité utérine, soit après un avortement avancé, soit après un accouchement à terme, il peut se présenter alors les divers cas suivants :

1° L'arrière-faix, se putréfiant plus ou moins rapidement dans la cavité qui le renferme, détermine alors des *métro-péritonites* dangereuses, qui, suivies le plus souvent de résorption purulente, entraînent sous peu la mort du sujet.

2° Soumises à l'absorption utérine, toutes les portions du délivre finissent par disparaître complétement, sans entraîner, pour la malade, des accidents d'une gravité compromettante. La disparition du placenta par absorption est définitivement aujourd'hui un fait acquis à la science obstétricale. Nœgele, Stoltz, Salomon en ont rapporté des observations assez nombreuses, assez véridiques pour être crues, quoi qu'en infirme

la propre expérience de Mme Boivin.

3° Il peut se faire, en troisième lieu, que, retenu seulement pendant un temps plus long, sans déterminer des accidents mortels, l'arrière-faix ne soit expulsé qu'au bout de plusieurs mois seulement. C'est, du reste, le plus souvent lorsqu'il est constitué par un œuf abortif du troisième ou quatrième mois, que le placenta risque le plus de rester renfermé dans la cavité utérine. Alors, en effet, il a pu contracter déjà des adhérences nombreuses et intimes, et les contractions de la matrice, suffisantes dès cette époque pour briser seulement l'œuf et l'expulser au dehors, n'ont pu venir à bout des liens qui l'unissaient si fortement au tissu utérin.

Qu'il me soit permis d'en présenter ici une observation heureuse.

Le 14 avril 1852, est entrée aux 4mes *Femmes*, n° 161, dans le service de M. Devay, Marie Rostang. Elle est âgée de 23 ans, née à Chasse (Isère); elle habite actuellement Vienne (Isère). La constitution de la malade est encore vigoureuse, son tempérament éminemment sanguin nerveux. A 17 ans, elle a été réglée, les menstrues ont toujours été régulières et abondantes (six-sept jours). Mariée à 19 ans, dans l'espace de trois ans quatre fausses couches ont eu lieu dans la moitié de la grossesse ; aucun phénomène spécial n'a pu, du reste, faire soupçonner à la malade la cause de ces avortements.

Il y a environ six mois, ses règles ayant manqué, Marie Rostang se crut de nouveau enceinte. Au bout du deuxième mois, *perte, contractions utérines, crises éclamptiformes; traitement antispasmodique, légères émissions sanguines;* les accidents cessèrent. Au troisième mois, accidents analogues, traitement semblable ; même succès. Au quatrième mois, la perte utérine devient plus forte, des contractions énergiques avertissent la malade qu'elle est sur le point d'avorter ; une accoucheuse est appelée et assiste à la fausse-couche. L'accoucheuse prétend et affirme avoir extrait du col de l'utérus, une portion seulement des membranes et une très-faible partie du placenta ; d'enfant, on n'en a point vu. Des médecins furent consultés de suite : un peu de seigle ergoté pour réveiller les contractions utérines, des applications belladonées pour dilater de nouveau l'orifice, tels furent les seuls moyens employés. Insuccès complet.

Depuis lors, les seins ont donné du lait, les lochies s'écoulèrent fétides, beaucoup plus fétides que d'habitude, fait bien remarquer la malade. Une fois cette première série de symptômes passée, Marie Rostang a ressenti de suite une douleur localisée, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Elle croit percevoir dans cette partie une tumeur du volume du poing environ, qu'elle sent se développer lentement. Elle y perçoit, de temps à autre, des contractions douloureuses.

Quoique opéré avec beaucoup de précautions, le palper abdominal est difficilement supporté, des douleurs violentes sont réveillées de suite, la malade est prise alors de hoquets convulsifs ; envies de vomir, frissonnement général dans toutes les parties du corps ; on n'a, du reste, aucune sensation positive de tumeur ; le ventre, dans la partie droite et inférieure, présente seulement une légère tuméfaction diffuse, un peu de résistance, de la matité à la percussion. Le toucher vaginal n'apprend rien. Le col est fermé, dur ; un peu de douleur, plus forte du côté droit du museau de tanche. Marie Rostang ne présente, du reste, aucune teinte cachectique; les souffrances cependant qu'elle endure depuis deux mois, les craintes d'une guérison impossible ont diminué l'appétit, enlevé le sommeil et abattu les forces.

Le problème pathologique était ici difficile à résoudre :

Était-ce une hydropisie enkystée de l'ovaire ? — Une métrite chronique ? — Un abcès de la fosse iliaque droite ? — Une névrose de l'utérus et de ses annexes ? — L'enfant n'avait point été

vu, était-ce une grossesse extra-utérine?

Envisagé par d'autres praticiens, le diagnostic n'avait été nullement porté. Examinant les antécédents de la maladie, la nature des lochies qui tout d'abord s'étaient écoulées bien plus fétides que d'habitude, la nature de cette tumeur à contractions douloureuses, bien perceptibles par la malade, M. Devay crut de suite à une rétention prolongée du placenta. Un traitement anti-spasmodique convenable fut institué tout d'abord. Combattre cet éréthisme nerveux général, telle parut, en effet, la première indication thérapeutique à saisir. — *Grands bains de gélatine ; — Julep anti-spasmodique ; — quelques pilules d'extrait de belladone.*

On insista surtout sur les bains gélatineux.

Le 19, cinq jours après l'entrée de la malade, la menstruation survint ; la perte était plus considérable que d'habitude, et, dès le premier jour, quelques caillots très-fétides furent expulsés. Le diagnostic commençait à se vérifier.

Le 22, après des tranchées douloureuses, un morceau de placenta est rendu ; il présente le volume d'un poing d'adulte, son odeur est excessivement fétide, le tissu est mou, pultacé ; il présente, bien visiblement, la structure vasculaire et cotylédonaire de l'arrière-faix. La malade de suite se sent soulagée ; la tension abdominale a diminué, la pression est bien moins douloureuse.

On pratique le 23 le toucher pour reconnaître si quelques débris doivent encore être expulsés. L'orifice du col est complètement fermé. La menstruation dure encore trois jours.

Le 27, pour remédier aux effets débilitants de la perte assez considérable que la malade a subie, M. Devay institue un traitement réparateur et analeptique. *Régime substantiel. Pilules de Vallet.*

Le 3 avril, Marie Rostang demande et obtient son *exeat*. Elle est complétement rassurée sur son état. La pression de l'abdomen ne détermine presque plus aucune douleur. La tuméfaction, la rénitence ont complétement disparu.

La malade était-elle cependant complétement guérie? L'état de bien-être dans lequel elle sort, le fait croire certainement ; si, néanmoins, il nous eût été donné de connaître positivement le petit volume du placenta préalablement extrait par l'accoucheuse, le pronostic eut pu être jugé complétement.

La rétention prolongée du délivre n'est certes pas un fait nouveau dans la science obstétricale. Morlanne a rapporté l'observation d'un arrière-faix rendu au bout de trois mois seulement. (*Revue médicale*, 1829.) « Dans un cas où la fécondation s'est effectuée malgré sa présence « dans l'utérus, il ne fut rendu que plusieurs mois après l'expulsion du dernier délivre (Ruysch). » Les accoucheurs ont, du reste, envisagé ce fait sous deux points de vue bien différents ; les uns, tels que Leroux, de Dijon, par exemple, persuadé de tous les dangers immenses qu'une rétention du placenta fait subir à la femme, conseille toujours, et a souvent pratiqué les manœuvres les plus hardies pour remédier à ces inconvénients, et forcer, pour ainsi dire, le prisonnier à sortir. Puzos, au contraire, n'attache qu'une importance minime à une rétention prolongée, p. 146 : « Je ne « pense pas, dit-il, qu'il soit aussi dan« gereux que l'on a cru d'abandonner « aux ressources de la nature et à celles « du temps le placenta qu'il n'a pas été « possible de tirer. » Et plus loin, page 154 : « Il ne faut pas croire qu'un « *si petit malheur* mérite les inquiétudes « que l'on prend à ce sujet. La nature « fond toujours ces restes par suppura« tion, ou bien elle les expulse avec le « temps aussi facilement qu'elle fait les « petits placentas en entier qui n'ont pu « suivre les fœtus de deux ou trois mois. « S'il survient du danger et que la mort « suive de près, il faut plutôt l'imputer « à l'inflammation et au tourment qu'on « a fait à la matrice, qu'aux portions du « placenta restées. »

Notre malade, heureusement pour elle, semble venir à l'appui des idées de Puzos. Que serait-il advenu, si des tentatives d'extraction forcée eussent été tout d'abord opérées? *Occasio præceps, judicium difficile.*

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Pharmacologie.

NOTE SUR LA PHELLANDRINE OU PRINCIPE ACTIF DU PHELLANDRIUM AQUATICUM; *par* M. HUTET fils, pharmacien à Lyon.

Le *phellandrium aquaticum*, *fenouil d'eau*, *œnanthe aquatica*, passe généralement pour une plante dangereuse, moins que la grande ciguë; mais assez, cependant, pour donner lieu à de graves accidents par son emploi à une dose élevée. Autrefois, elle était préconisée par bon nombre de praticiens, comme un succédané de la ciguë, et dans les maladies cancéreuses ou scrofuleuses, de même que dans les maladies organiques de la poitrine, on disait en avoir obtenu des résultats assez satisfaisants. Lange, et surtout Ernstingius, la préconisaient encore comme le fébrifuge par excellence.

On a essayé toutes les parties de la plante; les uns donnaient la préférence aux feuilles, les autres à la racine; rarement on employait les semences, parce que, disait-on, elles avaient été peu étudiées. Aujourd'hui, en Allemagne, en Suède, où cette plante est le plus employée, on a recours à la semence, attendu qu'elle contient à elle seule à peu près tout le principe actif de la plante. Nous avons publié (Voir *Revue médico-chir.*, t. III, p. 102) un article de M. Michéa, sur le bon emploi de ces semences dans les affections de poitrine; et M. Hutet nous apprend que plusieurs médecins de Lyon y ont recours avec quelque succès.

Le fruit du phellandrium contient de l'huile fixe, de l'huile aromatique volatile, une matière gommo-résineuse colorée par de la chlorophyle, soluble dans l'éther, l'alcool, peu soluble dans l'eau; enfin un liquide particulier, neutre, qui est le principe actif, et auquel M. Hutet donne le nom de *phellandrine*.

La phellandrine est facile à obtenir; le fruit duquel on la retire en contient une moyenne de 2 ou 3 p. 0/0. Il suffit d'épuiser par l'éther sulfurique, les fruits du phellandrium, préalablement contusés, saturer la solution éthérée par un excès de potasse caustique, distiller pour recueillir la plus grande partie d'éther employé, reprendre le marc avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, soumettre de nouveau à la distillation, à la température de 80 à 100 degrés, et on recueille alors dans le récipient un liquide neutre, presque incolore au début de la distillation, puis légèrement ambré, d'une apparence huileuse, plus léger que l'eau, dans laquelle il s'en dissout un peu, d'une odeur forte, nauséabonde et légèrement éthérée; soluble dans l'éther, l'alcool, les graisses; moins soluble dans les huiles fixes que les huiles volatiles.

La phellandrine a, comme le principe actif de la ciguë, une action toxique; elle est moindre, mais ses effets, étudiés sur les animaux, rappellent, cependant, ceux produits par la cicutine introduite dans l'économie.

Quant à son action thérapeutique, M. Devay, qui a employé dans son service, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une pommade de phellandrine, la comparant pour ses effets aux pommades d'extrait de ciguë, de jusquiame, de belladone, lui a donné la préférence, et il pense que la pommade de phellandrine, par ses effets calmants et sédatifs, se rapproche du baume de conicine.

M. le docteur Mauche l'a essayée dans sa pratique médicale; les résultats ont

été les mêmes que dans le service de M. Devay.

Enfin, M. le docteur Gromier l'a employée une seule fois chez une jeune femme, qui, à la suite d'une contusion au sein, a vu se déclarer une plaie de mauvais aspect, un peu en dedans du mamelon ; cette plaie était sanieuse, de la largeur d'une pièce de 2 francs ; au-dessous, se trouvaient cinq points d'induration en formes de petites glandes. Depuis plusieurs mois, elle avait résisté au traitement parfaitement dirigé par un habile médecin. La pommade en applications directes, en onctions autour de la plaie, a amené une cicatrisation complète en moins de 15 jours, et sans qu'on ait été obligé d'employer plus d'un flacon et demi de pommade, c'est-à-dire 80 grammes environ.

Cette pommade contient par 50 gr. d'axonge récente et bien lavée un gramme de phellandrine.

On peut aussi administrer la phellandrine à l'intérieur, et M. Hutet a fait, à cet effet, des granules représentant chacun un milligramme de principe actif, et un sirop contenant par chaque cuillerée à bouche (soit 20 grammes) un centigramme du même produit.

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU-SAINT-ELOI DE MONTPELLIER. — M. Alquié.

FRACTURE ET LUXATION DU COUDE ; DIFFORMITÉ CONSÉCUTIVE INCURABLE ; OBSERVATION SUIVIE DE RÉFLEXIONS ; *par* M. Alquié, *professeur de clinique chirurgicale à Montpellier.*

Parmi les malades du service chirurgical de notre Hôtel-Dieu se trouve un militaire atteint d'une lésion traumatique du coude, pendant dix mois traitée pour une luxation de l'avant-bras, et qui me paraît consister principalement dans une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Quelle que soit la détermination qui vous paraisse exacte, ce fait doit inspirer de l'intérêt à l'auteur du *Traité des fractures et des luxations;* voilà pourquoi j'ai l'honneur de vous le soumettre.

Obs. — M. Corne, lieutenant au 5e léger, est couché au n° 16 de la salle des officiers. Il est âgé de 29 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution assez forte, il n'a jamais été malade. La bonne santé de tous ses parents et ses antécédents éloignent tout soupçon de diathèse chez lui.

Le 10 mai 1851, il descendait au pas une pente peu rapide. Il glissa et tomba de tout le poids du corps sur la région externe de l'articulation du coude gauche. L'épicondyle frappa sur une pierre. Sur le moment, le malade n'éprouva qu'une forte secousse, et la douleur du bras fut à peine sensible. Il put se relever lui-même. Pendant les trois jours qui suivirent l'accident, les mouvements de l'articulation furent très-douloureux et très-bornés. Il se contenta de faire des lotions avec de l'eau fraîche. Après ces trois jours un chirurgien fut appelé.

La tuméfaction était considérable. Le chirurgien soupçonna une luxation, essaya de la réduire, et le malade dit que sur le moment il put porter la main sur l'épaule.

Le chirurgien lui recommanda de porter le bras en écharpe, après lui avoir appliqué un bandage imbibé d'eau blanche.

Le malade ne put supporter ce bandage que pendant quelques jours. La tuméfaction persistait et les douleurs étaient intolérables. On dut appliquer des sangsues. Un mois environ après la première tentative de réduction, on en fit une

seconde ; et cette fois le malade entendit un craquement qui fit croire qu'il s'agissait réellement d'une luxation et qu'elle était réduite. Mais la douleur pendant cette seconde opération fut beaucoup plus vive que lors de la première. Divers topiques furent employés pendant longtemps pour calmer la douleur qui persista. L'articulation ne revint plus à l'état normal. Les mouvements de pronation et de supination furent seuls libres; ceux de flexion et d'extension sont devenus de plus en plus difficiles; aujourd'hui ils sont presque nuls, l'avant-bras très-peu fléchi sur le bras fait un angle très-ouvert.

M. Corne est entré à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi il y a environ deux mois. M. Bouisson s'est efforcé de remédier à cette lésion après avoir anesthésié le malade. Ses efforts n'ont pas eu de succès.

Voici ce que nous avons cru reconnaître. Le radius est porté en arrière et en haut ; ses rapports avec la petite tête de l'humérus sont conservés, aussi les mouvements de pronation et de supination sont-ils libres. On peut très-bien pendant ce mouvement sentir la tête du radius en rapport avec la petite tête de l'humérus.

La distance de la tête du radius à l'apophyse acromion est plus courte au bras gauche qu'au bras droit de 1 centimètre 1/2 environ. En mesurant tout le pourtour de l'articulation il y a une différence de 3 centimètres. Dans le bras droit, il y a 26 centimètres, dans le bras gauche il y en a 29.

En avant, la distance de l'épicondyle à l'épitrochlée est plus grande de 2 centimètres au bras lésé.

En arrière, la tête du radius est éloignée du bord correspondant de l'olécrâne de 1 centimètre (autant que j'ai pu le juger.)

On trouve en avant une saillie considérable d'une consistance osseuse, plus volumineuse au milieu qu'aux extrémités, dirigée de haut en bas, de dedans en dehors et longue de 6 centimètres, s'étendant de la région inférieure de l'humérus, de son bord interne et de sa face antérieure jusqu'au niveau de la tête du radius. A ce point j'ai cru reconnaître que le tendon du biceps est dirigé en dehors et en arrière ; ce qui indique que la tubérosité bicipitale du radius est portée en arrière. (Donc le radius est porté en haut comme je l'ai dit, et plus en arrière.)

Entre la saillie antérieure et l'externe existe un intervalle de 5 centimètres.

En arrière, au-dessus de la cavité olécranienne, est un enfoncement considérable où il m'a semblé reconnaître une nouvelle saillie, moins forte que celle de la région antérieure, longue de 3 centimètres 1/2, et dirigée de bas en haut et de dehors en dedans.

Enfin, la distance de l'olécrane à l'apophyse styloïde est la même dans les deux bras. Celle de la tête du radius à l'apophyse styloïde m'a paru plus longue de 1 centimètre 1/2 dans le bras blessé.

J'ajouterai à cela que l'avant-bras est porté en dehors, et que le malade éprouve de nombreux craquements dans les tentatives de flexion de l'avant-bras.

On fait prendre des bains locaux, on fait des frictions avec l'huile chaude, et l'on soumet l'avant-bras à des tractions lentes et continues dans le sens de la flexion.

Quinze jours après, on conseille à cet officier de reprendre son service et de ne pas se soumettre à des manœuvres trop dangereuses, et trop inutilles.

Le cas dont il s'agit a été, pendant dix mois, considéré comme une luxation du coude, et soumis en conséquence à des manœuvres propres à ramener les os déplacés dans leur position normale, soit au moment de l'accident, soit un mois après, soit enfin au bout de dix mois. Après avoir examiné attentivement ce fait et avoir fait noter par l'élève chargé de ce malade les caractères de cette lésion trau-

matique, nous avons conclu à l'existence première d'une fracture multiple de l'extrémité inférieure de l'humérus, compliquée d'une luxation du cubitus, et d'un refoulement du radius. Exposons les motifs d'un semblable diagnostic. Et d'abord s'agit-il d'une luxation simple de l'avant-bras sur le bras? On ne saurait méconnaître l'existence d'un déplacement du cubitus en arrière : la saillie de la trochlée au pli du bras, la grande dépression des muscles au-dessous, la proéminence de l'olécrâne en arrière suffisent à cette détermination.

Mais cette lésion traumatique a-t-elle seulement consisté dans un pareil déplacement? C'est ce qu'ont pensé les trois praticiens appelés à donner des soins à cet officier. Toutefois, leurs manœuvres pour réduire la luxation simple de l'avant-bras ont été infructueuses ; c'est là une première remarque propre à inspirer du doute sur la sévérité du diagnostic. On sait, en effet, que les déplacements des jointures sont laborieuses à réduire, mais aisément contenus dès que les extrémités déplacées ont été remises dans leurs rapports normaux. Notre malade a ressenti de forts craquements dans le lieu blessé, soit pendant les tentatives de réduction, soit dans celles de flexion du membre. Ces forts craquements m'ont paru dus à de petits corps étrangers solides provenant, soit de légères esquilles modifiées dans leur forme première, soit à de la fibrine organisée en corps cartilagineux ou osseux.

A ce premier doute sur l'existence d'une luxation simple de l'avant-bras se joint celui qu'inspire la position et les rapports de la tête du radius. Cette extrémité arc-boute contre une saillie arrondie de 1 centimètre de largeur et de 3 de longueur, dirigée obliquement du corps de l'humérus vers la tête du radius qu'elle déborde à peine. Cette saillie a une surface lisse, de manière à permettre librement les mouvements de pronation et de supination, et entre elle et la tête du rayon on sent très-distinctement un intervalle pareil à celui qui existe normalement entre cette dernière partie et le condyle de l'humérus. Cette saillie sus-radiale nous paraît ainsi formée par un fragment comprenant la tête de l'humérus obliquement séparée de la trochlée et d'une portion de la diaphyse. C'est sur l'épicondyle que la chute fut faite, mécanisme bien propre à détacher une portion pareille de l'os du bras. La tête du radius a été repoussée de 2 centimètres environ, de sorte que l'avant-bras est raccourci d'autant qu'il est dévié en dehors, et que le bras est raccourci d'une égale étendue quand on mesure la distance qui sépare la tête du radius de l'acromion. En outre le fragment condylien a dû basculer tant par la pression du rayon que par l'action des muscles épicondyliens. Enfin, le fragment dont nous parlons est séparé de la saillie du condyle par un intervalle de 2 centimètres environ.

Ce n'est pas la seule fracture qui ait été produite dans l'accident dont notre officier a été victime. La trochlée me paraît avoir été séparée de la diaphyse par une division obliquement étendue vers le quart inférieur et interne de l'humérus. Ce qui me porte à le penser, c'est la ligne oblique et très-rugueuse qui existe sur l'os du bras dans la direction que nous signalons. Il s'agit donc, à notre avis, dans ce cas, d'une fracture à trois fragments de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec luxation du cubitus en arrière, et répulsion du radius qui a suivi le fragment condylien dans son mouvement de bascule.

Ce qui donne à ce jugement clinique une valeur incontestable, c'est d'abord la manière dont les fractures de ce genre s'opèrent presque toujours dans un choc direct sur le coude, tandis que les simples luxations de cette jointure s'effectuent ordinairement à la suite de chutes sur la main ou le poignet ; c'est la tentative de réduction d'une luxation seule opérée par deux fois, amenant chaque fois la flexion de

l'avant-bras sur le bras; et cependant la difformité persiste, et le coude conserve la fâcheuse disposition dont il s'agit. Evidemment les manœuvres exercées dans l'intention de réduire un déplacement de la jointure, avaient beaucoup plus de prise sur les extrémités articulaires que sur les fragments de la triple fracture du bras, sur laquelle s'effectuait une apparente réduction et la flexion complète du membre. D'autres raisons non moins puissantes, c'est l'existence d'une ligne très-prononcée comme celle d'un cal irrégulier, c'est la saillie externe, arrondie, sur laquelle le radius exécute ses mouvements normaux, dont elle est distinguée par l'intervalle si connu des opérateurs.

Plusieurs objections peuvent être adressées à notre sentiment. D'abord trois praticiens, à des époques et en des pays différents, ont cru à l'existence d'une simple luxation. On peut répondre que le cubitus est en effet luxé, ce qui a pu faire méconnaître la triple fracture dont nous venons de démontrer l'existence. En outre, on sait combien les fractures de l'extrémité inférieure du bras ont causé de méprises parmi les chirurgiens les plus recommandables. A cet égard je me contenterai de rappeler le fait que vous n'avez certainement pas oublié, mon cher collègue, qui fut soumis à la société de chirurgie par le professeur A. Bérard. Les habiles membres de cette réunion médicale laissèrent planer le doute en faveur de trois espèces de lésion traumatique : luxation du coude, fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Bien plus, vous n'avez pas sans doute oublié que l'un de vos honorables collègues actuels et notre ancien compétiteur, émit dans deux séances différentes deux diagnostics différents.

Une deuxième objection se fonde sur ce que les fractures du condyle avec déplacement ne se consolident que par nn tissu fibreux ou restent entièremen mobiles, comme A. Cooper l'assure (1). Mais vous avez cité vous même des cas de consolidation d'une pareille fracture avec un déplacement assez étendu (2). Une dernière objection nous est suggérée par une pièce de notre Conservatoire, dont je vous envoie le dessin que j'en ai rapidement tracé. Cette pièce tirée d'un cadavre apporté dans nos salles, il y a plus de dix ans, et sur lequel nous n'avons pas de renseignements convenables, présente une ancienne luxation du coude non réduite sur le bord externe de l'humérus; et 2 centimètres au-dessus de l'épicondyle se trouve une espèce d'apophyse, évidemment de nouvelle formation, offrant près de 2 centimètres de longueur, 1 centimètre d'épaisseur, dirigée obliquement vers la tête du radius déplacée et fixée entre cette apophyse par des ligaments de nouvelle formation. On pourrait donc croire à l'existence d'une semblable production chez notre malade. Mais cette saillie nouvelle est petite comparativement à celle dont notre officier présente les caractères; elle n'a pas la forme condylienne comme dans notre cas clinique, elle est considérablement dépassée par la saillie et la tête du radius, tandis que celle-ci est presque cachée sous le fragment condylien. Je ne m'arrête pas à discuter l'existence simultanée d'une luxation et d'une fracture du coude; les faits de ce genre sont depuis assez longtemps acquis à la science.

En présence d'un semblable état du coude de cet officier, on comprend sans peine l'inefficacité des manœuvres énergiques recemment opérées même à la faveur de l'anesthésie préalable. Pour ramener l'avant-bras dans la position normale, il faudrait non-seulement rompre les nouvelles adhérences contractées par le cubitus,

---

(1) *Œuv. chir.*, trad. 1835, p. 179.
(2) *Traité des fractures*, etc., p. 558.

mais encore le cal qui a réuni le fragment condylien au corps de l'humérus. Ce seraient donc deux opérations graves à pratiquer sur le même lieu. Rompre le cal non par pression à cause des vaisseaux et des nerfs voisins, mais à l'aide de la gouge ou de la scie, n'est pas une tentative de peu d'importance, surtout dans une aussi large articulation. Déchirer des adhérences fibreuses établies depuis près d'une année est encore une opération fort dangereuse, surtout pratiquée sur le même lieu.

Aussi n'ai-je pas considéré cette double entreprise comme justifiée par la gêne du coude gauche chez un homme jouissant d'une bonne santé, et pouvant même continuer son service, malgré la difformité de ce membre. Telle est, du reste, la comparaison que je ne manque jamais de faire dans mon enseignement clinique ; l'indication d'une opération grave ne me paraît exister que lorsque le cas qui semble la réclamer menace encore davantage la santé et la vie du sujet. Toutefois, afin de diminuer l'infirmité dont ce militaire est atteint, je soumets l'avant-bras lésé à des tractions lentes et modérées, pour augmenter les mouvements de flexion et d'extension dans la situation vicieuse que les extrémités articulaires du coude ont actuellement et conserveront probablement toujours.

Observation de mélanose de l'œil et de l'orbite gauches, enlevée avec un succès apparent, et suivie de cachexie mélanique ; *par* M. Malgaigne.

Voici l'observation que nous avons annoncée à la fin du Mémoire de M. Pamard. Elle est un peu longue ; mais nulle autre peut-être ne pourrait offrir une description aussi exacte d'une mélanose de l'œil, ni un exemple d'une cachexie mélanique aussi prononcée.

Obs. — Le nommé Dauche, âgé de 56 ans, entra dans mon service, à l'infirmerie de Bicêtre, le 7 janvier 1841, pour une affection de l'œil gauche qui datait d'environ deux ans. Il avait commencé par ressentir des maux de tête qui cessaient par intervalles, mais pour revenir constamment, et qui persistaient encore lors de son entrée ; ils occupaient la demi-circonférence supérieure de l'orbite. Ils furent suivis d'un larmoiement assez notable, et enfin d'une perte complète de la vision de l'œil affecté. Il entra alors une première fois à l'infirmerie, dont le service était dirigé par M. Guersant. Il paraît que l'œil était légèrement proéminent; toutefois, en l'absence d'autres symptômes, M. Guersant crut avoir affaire à une amaurose ; il prescrivit deux saignées, des bains de pieds, des vésicatoires promenés derrière le cou. Ce traitement réussit du moins à calmer les douleurs.

Un an après, en juin 1840, l'œil commença à grossir et à proéminer d'une manière plus marquée; le larmoiement augmenta; la douleur périorbitaire devint cuisante, avec des exacerbations pendant la nuit; et, depuis lors, l'affection ayant singulièrement empiré, et l'œil ayant versé du sang pendant deux ou trois jours, le malade alarmé se décida à rentrer à l'infirmerie. Voici dans quel état il s'offrit à notre examen. L'œil, très-volumineux et déformé, fait entre les paupières une saillie de près de 2 centimètres ; la paupière supérieure s'abaisse sur le globe dans une étendue de 4 centimètres et demi, sans le recouvrir entièrement. La sclérotique a une teinte d'un brun verdâtre, et est à peine sillonnée par quelques vaisseaux. Le point le plus saillant de l'œil, qui semble au premier abord correspondre à la cornée, est noir, rugueux comme un fongus, et dépasse d'un millimètre environ la surface de la sclérotique ; mais un examen plus attentif montre que la cornée est située au-dessous et entièrement cachée sous la paupière inférieure. Ce

que l'on avait pris pour elle est une ouverture circulaire traversant la sclérotique, et la sclérotique n'a pas en ce point son épaisseur ordinaire ; elle est fortement distendue, amincie, formant au-dessus de la cornée une tumeur deux fois plus volumineuse que le reste du globe oculaire ; c'est à son amincissement qu'est due en partie la teinte brun-verdâtre dont nous avons parlé. Le prétendu fongus qui sortait par l'ouverture n'était autre que de la matière mélanique, qu'on pouvait enlever avec le dos du bistouri, et à travers laquelle le sang suintait de l'intérieur.

L'extirpation de l'œil était la seule ressource, elle fut pratiquée le 10 janvier.

Le malade assis sur une chaise en face du jour, la paupière supérieure relevée par l'élévateur de Pellier, d'un coup de bistouri je divisai la commissure externe ; et, l'œil saisi avec des pinces-érignes, je le déracinai successivement en haut, en dehors et en dedans, de manière à le renverser sur la joue et à achever la séparation par la partie inférieure. Une pluie de sang rutilant sortait de l'orbite ; en portant le doigt au fond de cette cavité, j'y trouvai quelques petites tumeurs que j'allai chercher à l'aide de la pince-érigne et des ciseaux courbes. Ces petites tumeurs globuleuses, d'un noir de jais, étaient tout à fait indépendantes les unes des autres et de la tumeur principale, et, en conséquence, pour ne rien laisser de suspect, je me déterminai à vider l'orbite entier, autant que possible. Le tissu graisseux en général avait un aspect sain ; seulement, du côté de la glande lacrymale, il paraissait crier sous le scalpel, et j'enlevai pareillement cette glande. Comme il fut nécessaire de reporter plusieurs fois au fond de l'orbite la pince à érigne et les ciseaux, je dois noter que toutes les fois que ces instruments agissaient du côté de la racine du nerf optique, le sujet accusait des douleurs excessives. L'artère ophtalmique ne fournissait pas de jet, mais remplissait continuellement l'orbite de sang rutilant. Quand enfin le doigt porté au fond de l'orbite n'y sentit plus qu'un petit moignon sur lequel les instruments n'avaient plus de prise, je me disposais à compléter l'opération par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, mais l'hémorragie y mit un obstacle invincible ; et il fallut songer à l'arrêter. Des morceaux d'agaric chargés d'alun furent portés dans l'orbite, soutenus par d'autres placés à l'extérieur, puis par des compresses et des bandes. L'hémorragie traversa le tout en quelques instants. J'établis alors une pyramide d'agaric qui remplit tout l'orbite, puis une deuxième par-dessus la paupière supérieure ; et le sang fut ainsi arrêté. Pour relever les forces un peu épuisées, je fis avaler au malade 60 grammes de cassis, et je prescrivis pour la journée 40 centigrammes d'opium, 5 centigrammes de deux en deux heures.

En procédant à un examen attentif de l'œil enlevé, on constata d'abord qu'il avait son volume normal au-dessous de la tumeur signalée, qui en était séparée en avant et sur les côtés par une rainure presque circulaire. A travers la cornée transparente on voit l'iris décolorée, formant une ouverture pupillaire très-large et irrégulière, dont le champ est rempli par une opacité jaunâtre paraissant appartenir au cristallin. En dedans, au-dessous de la tumeur principale, apparaît une petite tumeur noirâtre ayant aminci et soulevé la sclérotique, et qui paraît une dépendance de la tumeur principale. Tout à fait en arrière et à l'endroit où devrait être l'insertion du nerf optique, existent trois petites tumeurs noires paraissant tout à fait en dehors de la sclérotique et qui semblent aussi envelopper le nerf optique, qu'il est impossible de retrouver. Détachées avec le bistouri et écrasées sur le linge, elles donnent une matière noire comme du cambouis, pareille à celle qui sortait par l'ouverture de la tumeur, excepté que cette dernière était mêlée à une très-petite quantité de sang.

L'œil, coupé en travers, apparaît rempli ainsi que la tumeur par la matière noire

déjà indiquée. C'est en vain qu'on cherche d'abord des traces de la rétine et de la choroïde, excepté dans un endroit où la rétine formait un pinceau qui a paru un moment être l'insertion du nerf optique ; mais, en enlevant ce pinceau, on ne peut en cet endroit rien voir de semblable à l'insertion du nerf; en sorte que ce ce nerf paraissait avoir été détruit et remplacé par la matière noire. L'œil vidé et lavé de toute cette matière, on s'aperçoit que le tiers supérieur environ de la coque sphérique de la sclérotique a disparu. Supérieurement, la sclérotique s'avance de deux lignes environ dans l'intérieur de la tumeur en quelque sorte anévrismatique qui l'a ainsi érodée ; dans un autre point, elle paraît dilatée et adhérente, mais le plus généralement elle offre des laciniures décollées comme les parois de l'artère dans l'anévrisme disséquant. Dans la partie inférieure de l'œil, nous retrouvons enfin des traces de la choroïde, et peut-être de la rétine.

En effet, la choroïde paraît recouverte jusqu'à l'origine des procès ciliaires par une membrane lisse, nacrée, comme fibreuse, assez résistante et qui, étant enlevée, laisse voir au-dessous d'elle un lambeau de la choroïde. Les procès ciliaires, intacts dans toute leur étendue, excepté en haut où la tumeur en a un peu rongé la circonférence, ne sont point revêtus de cette membrane lisse. Or, deux choses dirigent l'attention de ce côté : 1° tandis que la matière noire adhérait fortement à la coque de l'œil dans toute son étendue, ici, il y avait interruption des adhérences et une couche très-mince de sang liquide et d'un rouge noirâtre; de plus, en arrière du cristallin et semblant lui former un chaton assez dense, se trouvait une membrane demi-transparente, d'un jaune sale, d'environ six lignes de diamètre, d'une ligne environ d'épaisseur, se détachant sans déchirure notable et du cristallin et de la masse noire postérieure, paraissant renfermer dans ses mailles un liquide gélatineux, jaunâtre, et assez dense pour résister à des tractions déjà assez fortes. Cela paraît être absolument le corps vitré, de telle sorte qu'en suivant la série d'idées soulevées par cette découverte, on arrive à cette conséquence, que le fongus ou l'épanchement sanguin a commencé par la choroïde et rongé d'abord la rétine dans la majeure partie de son étendue, puis plus tard même la sclérotique, refoulant devant lui et laissant intact le corps vitré, sauf l'atrophie déterminée par la compression. Le cristallin était placé en avant, enveloppé de sa membrane très-dense, appliqué en avant contre la cornée, sans liquide intermédiaire, mais sans adhérence organique, de telle sorte cependant qu'il fallut un léger effort pour le séparer. Le cristallin paraît plus petit que dans l'état normal ; il est jaunâtre, peu dense, et ne paraît pas avoir perdu sa transparence ni sa forme. L'iris est collé à la sclérotique, mais sans adhérence organique ; la cornée est transparente, au moins dans son centre. Dans tous les points où existent les membranes rétine et choroïde, on les enlève de la sclérotique avec facilité, et celle-ci apparaît avec sa couleur blanche ordinaire. Mais à deux lignes environ de l'érosion scléroticale déjà notée sur la partie postérieure de la coque, le fongus adhère assez fortement à la sclérotique pour qu'on ne puisse pas, même par le lavage, lui rendre son éclat. La sclérotique est également disséquée dans quelques points ; mais il y a ici quelque chose de particulier, c'est que le bord érodé de cette membrane paraît se continuer avec une membrane de formation nouvelle qui s'étend dans l'espace de deux à trois lignes, et qui représente assez bien la fausse membrane qu'on voit dans certains anévrismes se répandre sur les caillots organisés. Quant à la membrane extérieure du kyste, elle paraît formée par la membrane adnata et, dans sa partie antérieure, par la conjonctive, qu'on peut en séparer en certains points. L'orifice circulaire que nous avions pris pour la cornée n'est point taillé à pic, mais la conjonctive semble se replier à l'entour, comme si c'était un orifice tout à fait normal. Toutes

ces choses bien vues et bien considérées, nous avons enlevé les parois du kyste, et nous avons rapproché les deux coques scléroticales ; alors nous avons vu que l'œil était ouvert par le haut, comme si on eût enlevé horizontalement une calotte ayant environ le quart ou même le tiers de son diamètre.

Revenons maintenant à l'opéré.

Vers le soir, il éprouva un peu d'agitation ; le pouls monta à 108 ; cependant dans la nuit il dormit une heure ou deux.

Le lendemain 11, l'agitation augmente, le pouls monte à 125 ; douleurs de tête, rêvasseries, maux d'estomac, nausées. On avait ordonné de nouveau 40 centigrammes d'opium ; le malade n'en prit que 20.

Le 12, le calme paraît rétabli, les maux de tête ont cessé ; 112 pulsations. Le malade réclame des aliments, on lui accorde un demi-bouillon coupé. Pendant la nuit, sommeil paisible et non interrompu pendant quatre heures.

Le 14, on enlève la pyramide d'agaric ; déjà une suppuration louable en avait imbibé les couches profondes. Cependant, de peur d'une hémorragie nouvelle, on respecte le tampon situé le plus profondément dans l'orbite ; on remplace les pièces enlevées par des boulettes de charpie.

Il serait inutile de poursuivre le traitement dans tous ses détails ; il suffira de dire que l'état de l'orbite s'améliora de jour en jour, et que le malade quitta l'infirmerie pour rentrer à sa division, le 24 mai 1841, avec toutes les apparences de la guérison.

Dès lors, je l'avais perdu de vue ; et la suite de l'observation m'a été communiquée par M. Thibault, interne du service que j'avais laissé entre les mains de M. Nélaton.

Après sa rentrée dans sa division, bien que n'offrant aucune lésion apparente, Dauche était devenu triste, morose ; l'appétit et les forces diminuèrent ; le ventre devint le siége d'une douleur continuelle, pour laquelle il demanda à rentrer à l'infirmerie, le 27 mars 1843.

A cette époque, le moignon existant au fond de l'orbite gauche était recouvert de quelques croûtes, qui se reproduisaient chaque fois qu'il les arrachait. On voyait, en outre, à la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, une croûte d'un brun noirâtre, d'une consistance un peu molle, d'un centimètre et demi de longueur, occupant toute l'épaisseur de la lèvre, et reposant sur une base légèrement indurée, peu étendue, au-dessous de laquelle les tissus paraissaient sains ; elle offrait quelque ressemblance avec les cancers de cette partie. Développement de l'abdomen, douleur assez vive dans l'hypocondre droit ; le foie descendait à trois pouces environ au-dessous des côtes et présentait un grand nombre de bosselures et d'inégalités ; il remontait d'ailleurs très-haut sous les côtes, et s'étendait en largeur jusque dans l'hypocondre gauche. Ictère général ; appétit à peu près nul ; amaigrissement prononcé. La respiration et la circulation paraissaient normales.

Le malade alla en déclinant rapidement ; il ne put bientôt plus quitter le lit ; la peau, de jaune qu'elle était, devint insensiblement d'un vert noir, et il survint quelques vomissements de matières muqueuses.

Dans les quinze derniers jours de la vie, l'on vit successivement paraître sur le tronc deux ecchymoses violacées : la première, large comme la paume de la main, située dans l'hypocondre droit ; et la seconde, un peu moins étendue, au niveau du grand pectoral du côté gauche, entre le mamelon et la clavicule de ce côté. En même temps, se développèrent sous la peau plusieurs tumeurs dont la plus volumineuse siégeait près du bord de l'omoplate gauche ; d'ailleurs, sans aucune douleur ; et ce ne fut qu'en y portant par hasard les mains, que le malade en reconnut la présence.

Le malade succomba le 7 mai 1843.

Autopsie.—1° *Téguments et muscles.*—On examina d'abord les deux ecchymoses signalées pendant la vie. Le sang était également épanché dans toute l'épaisseur de la peau, et en petite quantité dans le tissu cellulaire correspondant. Au niveau de celle de la poitrine et en contact avec elle, existait une tumeur du volume d'une petite noisette, placée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Un peu plus profondément, en existait une autre un peu plus volumineuse, située dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. Une troisième, de mêmes dimensions, se voyait sous la clavicule du même côté. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, le tissu cellulaire sous-jacent au muscle grand dorsal en offrait une quatrième, grosse comme un œuf de poule ; une cinquième enfin, plus volumineuse encore, occupait l'épaisseur de la masse commune des muscles sacro-lombaires. Enfin, on en rencontra plusieurs autres beaucoup plus petites placées, soit dans les muscles, soit dans le tissu cellulaire interposé ; notamment dans les muscles intercostaux et dans ceux du cou.

Elles ne siégeaient pas seulement sur le tronc ; on en trouva une du volume d'un œuf de cane dans l'épaisseur des muscles postérieurs de la cuisse droite. Le couturier, à son tiers inférieur, en contenait aussi une d'un diamètre de trois centimètres et demi.

La jambe gauche en offrit encore une autre, dans l'épaisseur du muscle jumeau ; un autre occupait le muscle vaste externe de la cuisse gauche. Enfin, on en trouva deux sur les membres supérieurs, toutes deux sous-cutanées, du volume d'une noisette : la première à la partie inférieure du bras droit, la seconde à la partie inférieure et interne de l'avant-bras gauche.

Toutes ces tumeurs, à part les dimensions, se ressemblaient sensiblement : globuleuses, lorsqu'elles n'avaient qu'un petit volume et qu'elles siégeaient dans le tissu cellulaire ; ovoïdes, dans l'épaisseur des muscles ; et alors leur grand axe était parallèle à la direction des fibres musculaires, qui n'offraient du reste aucune altération de texture, et en étaient isolées par un tissu cellulaire assez lâche.

En incisant ces tumeurs, on les trouva constituées au centre par une bouillie noire qui, examinée en masse, ressemblait à celle de la rate. Mais si l'on en étalait une couche très-mince sur du papier ou un linge blanc, la teinte apparaissait d'un rouge foncé, tirant sur le noir. Quelques-unes d'entre elles avaient tout à fait la couleur du sang ; d'autres offraient une coloration noire très-prononcée. Cette matière, qui constituait à peu près seule le centre de ces tumeurs, remplissait également les intervalles du tissu cellulaire feutré qui en formait la périphérie. Elle disparaissait en grande partie sous un filet d'eau, et le tissu feutré restait avec sa coloration noire, se continuant sans démarcation avec le tissu cellulaire placé entre les fibres musculaires voisines. Il n'y avait aucune apparence de kyste, et les parois semblaient formées par le tissu cellulaire condensé.

Crâne et face.—En ouvrant le crâne, on aperçut à sa partie antérieure, à deux centimètres environ au-dessus de la suture fronto-nasale, deux taches noires du volume d'une lentille, situées dans l'épaisseur du diploé et environnées partout de tissu osseux sain. Le crâne, examiné avec soin, ne présenta ailleurs rien de semblable.

Le cerveau était sain. Les nerfs optiques, à l'intérieur du crâne, avaient un volume égal des deux côtés.

L'orbite droit n'offrait aucune altération La cavité de l'orbite gauche avait notablement diminué dans tous les sens, surtout à sa partie supérieure, où la voûte était très-déprimée en vertu du développement exagéré du sinus frontal. Les parties

molles contenues dans l'orbite étaient converties en une seule masse de tissu dur, lardacé, au milieu duquel on trouva quelques noyaux noirs du volume d'un gros pois. Le nerf optique était perdu dans cette masse, et l'on ne pouvait reconnaître son tissu qu'à son entrée dans l'orbite.

On trouva encore de petites tumeurs mélaniques dans la parotide droite et la glande sous-maxillaire gauche. Le nerf dentaire inférieur gauche offrit pareillement à sa sortie du trou mentonnier un dépôt de matière noire, du volume d'une grosse tête d'épingle, dans le tissu cellulaire placé sous le névrilème.

De même, dans le corps thyroïde, le lobe gauche, beaucoup plus volumineux que le droit, présentait à sa surface trois mamelons, durs, résistants, de couleur brune, dont la section laissait échapper une bouillie noirâtre. Le lobe droit, moins altéré, était cependant parsemé d'un assez grand nombre de petits points noirs du volume d'un pois.

Poitrine. — Les plèvres offraient çà et là, dans leur feuillet pariétal, quelques taches noirâtres de l'épaisseur d'une feuille de papier. La surface des poumons était parsemée d'un très-grand nombre de taches noires, aplaties, de 3 à 7 millimètres de diamètre, excessivement minces, siégeant immédiatement au-dessous de la plèvre, qui conservait à leur niveau son poli ordinaire; de même, au-dessous d'elles, le tissu pulmonaire était tout à fait sain.

Les poumons présentaient, dans quelques parties, des masses noirâtres, grosses comme des noisettes, ressemblant beaucoup aux collections sanguines que l'on observe dans les cas d'apoplexie pulmonaire. Elles étaient isolées, irrégulièrement disposées, et partout environnées de tissus sains.

Rien de particulier dans les ganglions bronchiques.

La surface externe du cœur présenta aussi plusieurs tumeurs noires, dont la plus volumineuse, grosse comme un noyau de cerise, était située sur le ventricule gauche. Une petite masse mélanique occupait l'épaisseur de la paroi de ce ventricule; et l'on en retrouva d'autres à la surface des cavités du cœur.

Le sang contenu dans les cavités était liquide, en petite quantité, sans altération sensible dans sa couleur.

Le diaphragme était parsemé de taches noires, soit à sa face supérieure, soit à sa face inférieure.

Abdomen. — La cavité abdominale contient environ un demi-litre de sérosité, d'une teinte rouge noirâtre; cette coloration provenait sans doute de la déchirure d'une tumeur du volume du poing, placée dans l'épaisseur du grand épiploon. Le doigt, pénétrant avec facilité par la déchirure, faisait sortir encore de cette tumeur une petite quantité de liquide noir, qui donnait aux corps blancs sur lesquels on l'étalait, une coloration rouge noire plus foncée que celle de la sérosité péritonéale. Le feuillet pariétal du péritoine offre, surtout en avant, un nombre infini de petits points noirs. Les intestins présentent de même à leur face externe une multitude de taches analogues. Le mésentère renferme dans l'épaisseur assez notable de son tissu adipeux beaucoup de petites tumeurs indépendantes les unes des autres, dont le volume varie depuis celui d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'une noisette; les ganglions lymphatiques voisins paraissent sains.

Le foie offre un volume à peu près triple de l'état normal; ses surfaces concave et convexe sont parsemées de bosselures nombreuses, formées par des tumeurs noires, de grosseur différente, dont les unes donnent au toucher la sensation d'une poche distendue par un liquide; les autres paraissent avoir la même consistance que le tissu du foie. En les incisant, on trouva les premières formées en grande partie par une matière noire, liquide, contenue dans un tissu celluleux qui en

laissait sortir la plus grande partie ; les autres, d'un noir moins foncé, ne laissaient suinter aucun liquide et offraient des surfaces de section tout à fait lisses.

L'intérieur du foie n'était pas moins criblé de ces tumeurs que sa surface; leur volume variait de celui d'une noisette à celui d'une petite pomme; toutes avaient la couleur noire, sauf deux seulement qui étaient tout à fait blanches, et offraient la plus grande analogie avec de la fibrine. Toutes étaient réunies au tissu sain du foie par une couche celluleuse mince, qui ne permettait pas de les énucléer facilement.

La rate, le pancréas, les reins, n'avaient subi aucune altération.

L'uretère droit cependant, offrait dans le milieu de sa longueur un renflement noir, du volume et de la forme d'une olive, dû à un dépôt de matière noire au-dessous de la membrane muqueuse de ce canal.

En détachant la vessie, on s'aperçut que le nerf obturateur gauche, près de son passage dans le trou sous-pubien, renfermait, sous son névrilème, un petit amas de matière noire qui n'avait pas altéré les filets nerveux.

Système osseux. — Tous les os du squelette furent examinés à part; nulle part on ne trouva de tumeurs mélaniques en contact direct avec le périoste; et celui-ci était partout intact, même dans les points où la matière mélanique était déposée à la superficie du tissu osseux. Le tissu compact des os était partout resté blanc; le tissu spongieux seul offrait en divers points une coloration noire ; par exemple, dans l'épaisseur de la clavicule gauche ; dans le quart antérieur du plus grand nombre des côtes ; dans le corps des trois dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires; dans les os iliaques, dans le col des fémurs, etc. La matière noire existait encore dans le canal rachidien, dans le tissu cellulaire lâche placé entre le canal osseux et la dure-mère rachidienne.

Nulle part cependant le tissu osseux n'avait perdu sa consistance; la couleur seule établissait une différence entre les parties saines et les parties malades.

Analyse microscopique.— La matière mélanique prise dans les muscles, le foie et la tumeur du grand épiploon, a paru à M. Nélaton formée de globules sanguins et de corpuscules noirs, irréguliers dans leur forme et leur disposition, en nombre d'autant plus grand que la matière était plus noire. M. Gruby, qui a examiné des pièces provenant du même individu, a regardé cette matière comme constituée : 1° par des vaisseaux à parois si minces que, suivant lui, elles se rompraient si on poussait une injection dans leur intérieur ; 2° par un très-grand nombre de cellules placées entre ces vaisseaux, et contenant un petit noyau central noir.

M. Thibault avait aussi voulu faire analyser chimiquement la matière mélanique ; mais ce projet n'a pas pu être réalisé.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, *par* M. VIDAL (de Cassis), *chirurgien de l'hôpital du Midi.* — (1 vol in-8°, avec planches.)

Il n'est peut-être pas de branche des connaissances médicales qui ait été l'objet de travaux plus multipliés que celle qui a rapport aux maladies vénériennes. Nous ne voulons pas parler ici des ouvrages anciens; mais depuis un demi-siècle, depuis trente ans surtout, serait-il possible d'énumérer seulement les publications de tout genre dont ces affections ont été l'objet : monographies, mémoires, articles de journaux, etc.? Chose singulière, avec tant de matériaux, au milieu de tant de ri-

chesses, pas un traité complet, pas un ouvrage d'ensemble, qui coordonne ces éléments divers, et fixe d'une manière définitive l'état de la syphiliographie. Astruc, Swédiaur, Hunter, ne sont plus au niveau de la science. Depuis les livres plus récents de MM. Lagneau et Gibert, qui partagent presque en tous points les anciennes doctrines, une école nouvelle a surgi, qui a la prétention de faire table rase, et d'élever un édifice nouveau sur les ruines de l'ancien système. Et ici encore, rien de complet. Tout le monde connaît les idées de M. Ricord, les travaux dans lesquels il les a développées. Mais le réformateur n'a pas fait de *Traité* des maladies vénériennes. Sa clinique iconographique, ses annotations à Hunter, son Traité de l'inoculation, ne remplissent pas la lacune que nous signalons.

Depuis de longues années, M. Vidal (de Cassis), après s'être fait un nom comme chirurgien, a dirigé vers les maladies vénériennes ses études d'une manière spéciale. Il a comparé les anciennes et les nouvelles doctrines, il a observé la nature, et voici qu'il vient aujourd'hui soumettre au public médical ses convictions, résultat de ses investigations et de son expérience, sous forme d'un traité pratique et complet des maladies vénériennes : c'est le livre dont nous allons rendre compte.

Et d'abord, M. Vidal prévient ses lecteurs qu'il n'avait pas de parti pris en faisant ce Traité; il n'a pas écrit pour édifier ou pour renverser un système; il a écrit pour ceux qui ne savent pas, et qui n'ont que peu de temps pour apprendre. « Il a résumé, dit-il, les faits, les idées, les pratiques que la science a recueillis du naufrage des systèmes; car il en est qui portaient des vérités utiles, et plus d'un chef d'école s'est montré profond observateur. »

Dès les premières pages, on s'aperçoit que M. Vidal n'admet point les idées nouvelles; il regarde comme démontrés les faits suivants, savoir : que la blennorrhagie peut être suivie d'accidents constitutionnels ; que les accidents secondaires sont transmissibles d'individu à individu, etc. Par conséquent, sa manière de voir se rapproche beaucoup de celle des anciens, ce qui ne l'a pas empêché de prendre aux modernes ce qu'il a cru trouver de bon et de vrai au milieu de ce qu'il nomme leurs erreurs.

Voici le plan qu'a suivi l'auteur.

L'ouvrage commence par un assez long chapitre, *Notions préliminaires*, dans lequel se trouvent comprises des considérations historiques sur les maladies vénériennes, une idée du virus syphilitique et de ses principaux effets ; là aussi, comme généralités de la science, M. Vidal étudie et expose les causes d'erreur dans l'observation, la valeur de l'expérimentation, soit sur l'homme, soit sur les animaux; enfin la syphilisation et la transmissibilité des accidents secondaires, deux questions qui viennent tout récemment d'agiter le monde médical.

Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en leur disant que M. Vidal regarde comme parfaitement contagieuse la syphilis constitutionnelle, parvenue à sa période d'accidents secondaires. C'est là, on le sait, une des grandes questions de doctrine dont la solution sépare l'ancienne et la nouvelle école, et déjà nombre des partisans de M. Ricord ont dû, tout au moins, remplacer par un point de doute la négative absolue qu'ils avaient admise, et dont le maître avait fait une des lois fondamentales de son système. Quant à la syphilisation, M. Vidal ne prétend ni la condamner ni la défendre. S'il s'en montre peu partisan au point de vue pratique, il avoue qu'elle a pu rendre cependant quelques services, et voici comment il s'exprime en concluant : « La syphilisation préventive ou curative, dit-il, ont produit « des faits qui sont loin de lui mériter une place dans la doctrine et la pratique, « mais qui peuvent avoir une *utilité réelle* pour détruire un faux système. » On a

trop parlé depuis quelques mois de la syphilisation pour que nous y revenions ici. C'est, à notre avis, une question encore à l'étude, et sur laquelle l'expérience prononcera.

Après ces notions préliminaires, le livre de M. Vidal est divisé en quatre grandes sections.

La première traite des maladies vénériennes dites primitives, et sous ce nom l'auteur comprend la blennorrhagie, le chancre, le bubon, les végétations et les pustules muqueuses. Dans la seconde, sont rangées les maladies vénériennes dites consécutives, envisagées à un point de vue général d'abord, et accompagnées de longues considérations thérapeutiques; puis les mêmes maladies étudiées en particulier. Cette section renferme un article remarquable sur les syphilides, qui sont décrites avec un soin tout particulier et de la manière la plus exacte. Les articles suivants du même chapitre sont consacrés aux affections des muqueuses, à l'iritis et au testicule syphilitiques, aux maladies des os, du périoste et des viscères.

On voit, par ce simple exposé, combien les idées de M. Vidal diffèrent de celles qui se sont produites dans ces dernières années. Il confond, en effet, dans la même classe les accidents primitifs et secondaires, et, dans une autre, les accidents secondaires et tertiaires de M. Ricord, divisions qui n'ont plus, du reste, grande valeur, lorsque l'on n'admet pas la présence unique du virus contagieux dans le chancre, base du système.

Dans la troisième et la quatrième section, M. Vidal étudie la prophylaxie générale et privée des maladies vénériennes, et les maladies vénériennes des nouveau-nés.

Notre dessein n'est pas d'examiner quelle est la meilleure doctrine des maladies syphilitiques, ni qui a tort ou qui a raison dans cette grande question. Nous sommes de ceux qui, sur certains points, avons été conduits à mettre un point de doute; nous sommes donc fort loin de partager complétement les opinions de M. Vidal; nous ne voulons pas cependant faire leur procès, car nous savons qu'elles sont pour l'auteur le résultat de longues et consciencieuses recherches, et d'une conviction bien arrêtée.

Contentons-nous de dire que M. Vidal s'est attaché surtout à donner à son livre un caractère essentiellement pratique, que l'on y trouve tout ce que la science a dit de plus récent sur le sujet qui nous occupe; enfin, que toutes les opinions y sont représentées avec impartialité. Des planches gravées et coloriées avec soin, et principalement consacrées aux syphilides, ajoutent un nouveau prix à l'ouvrage, et permettent de suivre, *de visu*, des descriptions que le langage ne suffirait pas à rendre complètes.

Dr A. Foucart.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 15 *novembre*. — *M. Lebert* lit un Mémoire *sur les kystes dermoïdes et sur l'hétéropie plastique*.

— *M. Poggioli* lit un Mémoire *sur une nouvelle méthode curative externe pour les rhumatismes*. — Il se sert d'une pommade composée d'*hydrochlorate de morphine ; — extrait de belladone* ou *atropine ; — onguent populeum ; — axonge macérée dans feuilles de datura-stramonium*.

29 *novembre*. — *M. Marshall Hall* communique une note intitulée : *La physio-*

logie de l'épilepsie et l'apoplexie d'origine inorganique, c'est-à-dire sans lésion d'organe. C'est dans ce cas qu'il prescrit la trachéotomie.

— *M. F. Devay*, de Lyon, adresse une note *sur l'emploi des séminoïdes de ciguë et la conicine dans les affections cancéreuses et les engorgements réfractaires.*

6 *décembre.* —*M. Laugier* adresse une lettre *sur la saignée des os dans l'ostéite.* Des expériences faites à Alfort et plusieurs observations recueillies sur l'homme prouvent déjà qu'il est possible et même facile de tirer en quelques minutes d'un os sain, et *à fortiori* d'un os malade, une quantité très-notable de sang, par exemple 40 à 45 grammes. Ces observations, dont le résultat a été jusqu'ici très-satisfaisant, ont démontré aussi que la piqûre faite au tissu osseux pour extraire ce sang est d'une complète innocuité.

Académie de médecine. — 16 *novembre.* — *M. Macartan* fait hommage à l'Académie du buste de Haller.

—*M. Syme* d'Edimbourg, réclame contre la manière dont son procédé d'urétrotomie pour les rétrécissements a été exposé dans le rapport sur le prix d'Argenteuil. (Renvoi à MM. Larrey et Robert.)

— *M. Lélut* annonce qu'il a essayé le cédron dans quelques cas de fièvres intermittentes sans aucun résultat.

— *M. Gérardin* lit l'analyse d'un rapport adressé à l'Académie sur le choléra en Pologne. Tous les traitements ont été également infructueux.

— *M. O. Henri* lit une note intitulée : *Quelques mots sur la quinine, la quinidine et les quinquinas.* — Cette note soulève de vives objections de la part de plusieurs membres ; la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

23 *novembre.* — La discussion continue sur la quinidine, que quelques-uns assimilent à la quinine, dont elle différerait beaucoup suivant les autres.—On propose et l'Académie adopte le renvoi de la question à la commission des succédanés de quinquina.

30 *novembre.* — *M. Malgaigne* lit un rapport sur un Mémoire de M. Notta, de Lisieux, intitulé : *Du mode d'oblitération des artères ombilicales et de l'artérite ombilicale.* — Renvoi au comité de publication, et inscription de l'auteur parmi les candidats aux places de correspondant.—Nous aurons à revenir sur cet intéressant travail.

— *M. Gaultier de Claubry* lit au nom de la commission des épidémies, un rapport sur les épidémies de 1851.

— *M. Maisonneuve* fait voir un malade auquel il a enlevé les deux tiers antérieurs de la langue après avoir scié préalablement la symphyse de la mâchoire ; — et un autre auquel il a amputé la verge, et qu'il a guéri sans placer de sonde dans l'urètre.

7 *décembre.* — *M. Désormeaux* fils fait hommage à l'Académie du portrait de son père, jadis membre titulaire.

— *M. Gaultier de Claubry,* au nom d'une commission prise dans toutes les sections réunies, propose à l'Académie de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique. — Adopté.

— *M. Londe* lit un rapport sur un appareil destiné à recevoir les évacuations des malades, et qui ne présente d'ailleurs aucun avantage particulier.

— *M. H. Gaultier de Claubry* lit un rapport sur un Mémoire de M. Charault, relatif aux eaux minérales de la Herse (Orne). — Remercîments à l'auteur.

— *M. Bussy* lit un rapport sur une note de M. Deschamps, intitulée : *Analyse d'un liquide qui s'est écoulé de l'oreille d'un homme qui avait une fracture du crâne.* Ce liquide ne ressemble pas au sérum du sang ni à la lymphe ; en sorte que, par voie d'exclusion, il semble devoir être rapporté au liquide céphalo-rachidien.

— *M. Bouland* lit un Mémoire *sur le chauffage des eaux sulfureuses.* Le chauffage direct de ces eaux les décompose, selon l'auteur, et doit être rejeté. Le meilleur moyen consiste à les additionner d'eau ordinaire à 60°.

14 décembre. — Séance annuelle. — Après le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1852, par M. Gibert, secrétaire annuel, M. le président a proclamé les prix dans l'ordre suivant :

Prix de l'Académie. — Du seigle ergoté, considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical, et sous le rapport de l'hygiène publique. — Ce prix était de 1,000 francs. Il a été décerné à M. Auguste Millet (de Tours). — Des mentions honorables ont été accordées à MM. Ch. Dubreuil, de Bordeaux ; Parola, médecin en chef de l'hôpital de Coni (Piémont), et Perrin, médecin à Paris.

Prix Portal. — L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. — Ce prix était de 1,000 francs. — Un seul Mémoire avait été transmis à l'Académie; il n'a été jugé digne d'aucune récompense, et l'Académie a décidé que cette question ne serait pas remise au concours.

Prix Civrieux. — Étiologie de l'épilepsie ; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement, soit préventif, soit curatif de la maladie. — Ce prix était de 1,200 francs. — L'Académie n'a pas décerné ce prix, mais elle a accordé : 1° une récompense de 700 francs à M. Moreau, de Tours ; 2° une récompense de 500 francs à M. Poterin du Motel; 3° une mention honorable à M. le docteur Joire.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal et de 3,000 francs, devait être décerné au meilleur livre ou meilleur Mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. L'Académie a décerné : 1° un prix de 1,500 francs à M. Sandras, pour son *Traité des maladies nerveuses* ; 2° une récompense de 1,000 francs à MM. Monneret et Fleury, pour leur *Compendium de médecine pratique* ; 3° Une récompense de 500 francs à M. Legendre, pour ses *Recherches sur les maladies de l'enfance.*

Prix d'Argenteuil. — Nous avons déjà dit que ce prix, d'une valeur de 12,000 francs, avait été décerné à M. le docteur Reybard, de Lyon.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales, et à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux. Dès cette année, elle a accordé des médailles d'argent, pour le service des eaux minérales, à :

MM. Bertrand fils, inspecteur-adjoint des eaux du Mont-d'Or.
Villaret, médecin de l'hôpital militaire de Vichy en 1849.
Filhol, auteur de l'Analyse chimique des sources sulfureuses de Bagnères-de-Luchon.
Lambron, auteur de l'Analyse sulfhydrométrique de 178 sources de la chaîne des Pyrénées.
Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux minérales de Rennes.
Dufresne de Chassaigne, médecin-inspecteur des sources de Chaudesaigues.

Pour le service des épidémies, à :

MM. Vial, médecin à Saint-Etienne.
Bolut, médecin à Dôle.
Monteils, médecin à Florac.

Et des médailles de bronze à :

MM. Houeix, médecin à Ploërmel.
Tuefferd fils, médecin à Montbéliard.
Avisard, médecin à Coulommiers.

Prix proposés pour 1854. — *Prix de l'Académie.* — De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux.—Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral, et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix proposés pour 1855. — *Prix Itard.* — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou Mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Ce prix sera de la valeur de 2,700 francs.

Prix proposés pour 1856. — *Prix d'Argenteuil.* — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette troisième période (1850 à 1856).

Ce prix sera de la valeur de 12,000 francs.

Les Mémoires, pour les prix de 1853, devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.) Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de cette disposition.

— *M. Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a lu ensuite l'éloge de Boyer qui a été couvert d'applaudissements. Nous en donnerons quelques extraits dans notre prochain numéro.

VARIÉTÉS.

Visite de Sa Majesté à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce.

Le vendredi, 2 décembre, l'Empereur s'est rendu, en habit de ville, à l'Hôtel-Dieu. Il a parcouru les salles des malades, distribuant des secours et des consolations. Indépendamment de quelques secours individuels, il a laissé 10,000 francs pour les malades. La supérieure ayant rappelé à Sa Majesté que l'Empereur Napoléon, dans une visite semblable faite en 1807, avait fait don à la communauté d'une médaille qui avait été religieusement conservé. Sa Majesté a promis qu'un pareil don serait prochainement adressé de sa part aux religieuses qui avaient si bonne mémoire. Sa Majesté a décoré M. le docteur Bouchut, médecin du bureau central.

Après cette visite à l'hôpital et une autre à Notre-Dame, l'Empereur s'est rendu au Val-de-Grâce, où il a parcouru les divers services de médecine et de chirurgie ; il a donné, pour être répartis entre les trois hôpitaux militaires de Paris, une somme de 10,000 francs, applicable aux malades les plus intéressants.

En rentrant au palais des Tuileries, Sa Majesté a mis à la disposition du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur sa cassette particulière, une somme de 200,000 francs, pour faciliter le retrait, par leurs familles, des enfants trouvés et abandonnés, placés dans les divers hospices de France. La volonté de l'Empereur est que tous les départements soient appelés à participer à ce bienfait. Une somme de 100 francs sera affectée à chaque retrait d'enfant, et ainsi répartie : 40 francs seront attribués à l'hospice à titre d'indemnité ; 60 francs seront employés, sous la surveillance des autorités locales, soit à l'achat des vêtements en remplacement de ceux de l'hospice, soit à l'acquisition de livrets de caisse d'épargne.

— La Faculté de médecine a arrêté la liste de présentation des candidats à la chaire de chimie organique, vacante par la démission de M. Dumas. Trois candidats ont été présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Wurtz; 2° M. Favre; 3° M. Lecanu.

— M. Trousseau, professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de Paris, avait demandé à permuter pour la chaire de clinique interne laissée vacante par la retraite de M. Chomel. Cette permutation, agréée par la Faculté, vient d'être autorisée par un décret du 18 décembre.

— M. Marchal (de Calvi), médecin principal, vient de donner sa démission pour ne pas être obligé de quitter Paris, ainsi que l'y obligeait la nouvelle organisation du service de santé militaire.

— L'Académie de médecine a perdu deux de ses plus anciens et de ses plus honorables correspondants, tous deux médecins à Nancy, MM. les docteurs de Haldat et Bonfils.

— MM. Monneret et Fleury ont refusé *l'encouragement de mille francs*, qui leur avait été accordé par la commission du *prix Itard*.

Vaccinations. — Avis à Messieurs les Médecins et Mesdames les Sages-femmes.

Depuis longtemps déjà, la mairie du 4e arrondissement, l'une des plus centrales de Paris, sur l'avis de la société de six médecins du bureau de bienfaisance, a pris des mesures pour que le service des vaccinations fut continué durant tout le cours de l'année.

En conséquence, Messieurs les médecins et sages-femmes sont prévenus qu'ils pourront, dans toute saison, se procurer du vaccin à cette mairie. Ils sont en même temps priés de vouloir bien concourir à rendre plus assurée la non interruption des inoculations vaccinales, en adressant, pendant l'hiver, à cette mairie, les indigents qui, à leur connaissance, désireraient recourir à la vaccination. La prime habituelle leur sera accordée, quel que soit le quartier qu'ils habitent.

Les vaccinations ont lieu tous les mercredis, à une heure *précise*, place du Chevalier-du-Guet, près la nouvelle rue de Rivoli (à la mairie).

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DOUZIÈME VOLUME.

A

Académie de médecine, 57, 116, 190, 250, 316, 377.—Discussions sur la syphilis et la syphilisation.—(Voyez *ces mots.*)—Nomination de M. Leblanc, 317.
Académie des sciences, 56, 116, 190, 249, 315, 376.
Accouchements.—Injections intrà-utérines faites par la veine ombilicale avec la belladone à l'état liquide, 49.—Présentation céphalo-iliaque gauche; sortie totale du bras; contractions convulsives de l'utérus; nouveau mode de terminaison de l'accouchement, 241.—(Voyez *Grossesse, Lactation, Bassin, Opération césarienne.*)
Anévrismes.—De la cure des—du tronc brachio-céphalique par la méthode de Brasdor, 27.—Sur le diagnostic différentiel des anévrismes du tronc brachio-céphalique et de ceux de la crosse de l'aorte, 36.—Anévrisme faux consécutif survenu à la suite d'une saignée, et guéri par la position, 360.
Ascites. — De l'usage des fomentations de digitale dans le traitement de certaines ascites, 293.
Astragale.—Mémoire pour servir à l'histoire de l'extraction de l'—, 19 et 86.

B

Bassin.—Nouveau procédé pour mesurer le diamètre sacro-pubien dans les rétrécissements du—, 307.
Bec de lièvre double très-compliqué, opéré avec succès, 297.
Bertherand.—*Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement;* bibliogr., 53.
Blennorrhagie.—Application directe du copahu dans le cas de—et de blennorrhée, 104.—Quelques expériences relatives au traitement de la gonorrhée, 168.
Bouchut.—*Traité pratique des maladies des enfants nouveau-nés et dss enfants à la mamelle;* bibliogr., 313.

C

Calculs.—Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des—de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate, 81.
Calorique.—(Voyez *Électricité, Fer à repasser, Sciatique.*)
Cataractes.—De l'extraction des—fausses membraneuses secondaires au moyen de la serretèle, 44.
Chloro-anémie *mercurielle* rapidement guérie par le fer, 39.
Chloroforme.—Des inhalations de—dans la pneumonie, 333.
Choléra.—Nouvelles du—, 192.
Cigares.—Un mot sur les—médicamenteux et sur la possibilité d'employer sous cette forme un grand nombre de substances médicamenteuses, 308.
Cœur.—Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du—; par M. Monneret, suite et fin, 13.
Concours pour douze places d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris, 64.—Concours pour trois places d'agrégés à l'école de pharmacie, 64.
Constipation.— Bons effets du pain de son contre la —, qui complique les maladies de l'utérus, 353.
Coqueluche.—De l'emploi de la conéine contre la—, 98.
Cours populaire *d'hygiène publique et privée*, fondé par M. Nadaud, 191.—Programme de ce cours, 319.

E

Ecole *préparatoire* créée à Lille, 192.
Electricité.—Sur l'emploi de la chaleur électrique dans la pratique de la chirurgie, 147.
Empyème.—Sur une opération d'—, pratiquée dans un cas de pleurésie aiguë, terminée par suppuration, 129.—(Voyez *Foie.*)
Epilepsie.—Du traitement curatif de l'—par l'oxyde de zinc, 292.—(Voyez *Trachéotomie.*)
Esmarch.—*Ueber repetionen nach Schuszwunder, beobachtungen und erfahrungen aus den Schleswig-Holsteinischen feldzuegen zon* 1848-1850; bibliogr., 243.

F

Faculté *de Paris.*—Séance de rentrée; prix décernés, 319. — Candidats présentés pour la chaire de chimie organique, 380. — Permutation de M. Trousseau, 380.
Farcin.—Note sur deux cas de—chronique, traités par l'extrait d'aconit, 162.
Fer a repasser.—De l'emploi thérapeutique du—, 263.—(Voyez *Calorique.*)
Fièvre *typhoïde.*—Du traitement de la—, par la méthode de M. Worms, 5 et 71.
— *intermittente pernicieuse.*—Observation et remarques sur un cas de—doublée, avec accès carotide, 322.
Foie.—Sur les abcès et hydatides du—, qui communiquent avec le poumon, et sont rejetés par l'expectoration, 65.—Observation d'acéphalocyste du—, ouverte dans la plèvre; thoracentèse, 257.—Des pédiluves avec l'acide nitro-muriatique dans le traitement des maladies—, 99.
Fractures.—Du traitement des—de l'extrémité inférieure du radius par la supination, 102. —Sur l'application du bandage inamovible préparé avec du plâtre, 231 —Nouveau signe diagnostique de la fracture de l'extrémité supérieure du péroné, 232.—De la fracture de l'épine de l'omoplate; lettre de M. Hoppe à M. Malgaigne, 279.—Remarques et observations sur les—de l'épine de l'omoplate, 283.—Fracture de l'apophyse odontoïde et luxation de l'atlas sur l'axis, 303.—Fracture comminutive de l'astragale, 306. — Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate par action musculaire, 356. — Fracture et luxation du coude, difformité consécutive incurable, 364. — (Voyez *Gutta-percha*).
— *Fractures* par coup de feu.—(Voyez *Esmarch.*)

G

Gastralgies.—De l'emploi du sucre candi dans les légères irritations gastriques ou faiblesses digestives de l'estomac, 296.
Goître.—Note sur le goître estival épidémique et le goître variqueux observés dans le département du Puy-de-Dôme, 328.
Goutte.—(Voyez *Rhumatisme.*)
Grossesse *extra-utérine.*—Présomption de— ; accouchement naturel, 257.
Gutta-percha.—De l'emploi de la—dans les luxations et les fractures de la clavicule et dans les fractures de la rotule, 345.

H

Hernies.—Perforation du diaphragme, hernie et rupture de l'estomac, 234.—Observation de hernie obturatrice étranglée et opérée avec succès, 300.
Huile *de foie de morue.*—Moyen de l'administrer, 51.
Hydatides.—(Voyez *Foie.*)
Hydrocèle.—Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure de l'— vaginal, 302.

I

Ictère.—Recherches sur la nature clinique de la matière colorante dans l'—, 100.
Iléus.—Observations d'— spasmodique, 203.
Inflammations.—Sur les formes que prend la fibrine dans les—, 156.
Iode.—Nouveau mode d'administration de l'—, 41.

J

Jobert.—*Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales,* bibliogr., 114.

K

Kyste séreux de l'os maxillaire inférieur, ablation, guérison, 52.

L

Lactation.—La sécrétion du lait peut-elle se reproduire après une année de suppression, sans nouvelle grossesse ? 107.
Langue. — Excision d'un cancer de la langue par la région sous-hyoïdienne, 354.
Luxations.—Luxation de la tête du radius en avant à la suite d'un rhumatisme articulaire, réduction, 48.—Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique, réduite et reproduite le onzième jour, 53.—Luxation de la mâchoire réduite au bout de deux mois, 113.—Sur les luxations des vertèbres cervicales considérées au point de vue de la médecine légale, 151.—Luxation incomplète du genou par rotation du condyle interne en arrière, 174.—Luxation du genou en dehors, 176.—Luxation en avant de la seconde phalange du pouce, 232.—Luxation incomplète du tibia en dehors existant depuis six ans, 240.—Luxation de l'atlas sur l'axis, 303.—Luxation compliquée de la deuxième phalange du pouce, 309. — Luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne, 353. — Fracture et luxation du coude; difformité consécutive incurable, 364. — (Voyez *Astragale*, *Gutta-percha.*)

M

Mal de vers.—Recherches et observations sur le—ou de bassine, 158.
Médecine *militaire.*—Epreuves pour les docteurs en médecine qui voudront entrer dans la—, 319.
Mélanose. — Observations propres à démontrer la nature non cancéreuse des mélanoses, 334 —Observation de — de l'œil et de l'orbite gauches, enlevée avec un succès apparent et suivie de cachexie mélanique, 368.
Menstruation anormale dans un cas d'abcès stercoral de la fosse iliaque, 311.
Muguet.—Note sur le—, 37.

N

Nécrologie.—Mort de M. Castel,—de M. Réveillé-Parise,—de M. A. Richard, 236.
Ongle *incarné.*—Du traitement de l'—, par l'alun calciné, 106.

O

Opération *césarienne.*—Observation d'un accouchement terminé par une—, 181.
Orthopédie.—Valeur comparative des lits à extension sigmoïde et à flexions opposées et de la ceinture à inclinaison;—Un *prince de l'orthopédie*, condamné pour avoir contrefait un *charlatan*, 58.—Une menace de réponse de M. J. Guérin, 128.—Une réponse de M. J. Guérin, 253.—Nouvelle réponse de M. J. Guérin ; procès en police correctionnelle, 317.
Ovaires.—Extirpation d'un ovaire droit hydropique et fortement adhérent aux parties environnantes, 45.

P

Pancréas.—Etudes sur les maladies du—, 193.
Pavots.—Expériences relatives à la question de savoir s'il convient de préférer, pour l'usage médical, les têtes de pavots mûres ou les têtes vertes, 180.
Pemphigus.—Sur une variété de—, 96.
Pessaire.—Sur un nouveau—à air, en caoutchouc volcanisé, 236.
Phellandrine. — Note sur la — ou principe actif du phellandrium aquaticum, 363.
Placenta. — Observation de rétention prolongée du —, 360.
Pneumonie.—Des inhalations de chloroforme dans la—, 353.
Prix d'Argenteuil, décerné à M. Reybard, 190.—Prix proposé par la Société médicale des hôpitaux de Paris, 320. — Prix décernés par l'Académie de médecine, 478. — Refus de MM. Monneret et Fleury, 380. — Prix proposés par la même Académie, 378.
Pupille.—Des déformations de la—, de leurs diverses causes, et de leur valeur symptomatique, 207 et 267.
Pupille *artificielle* pratiquée avec succès ; nouvelle oblitération, nouvelle restauration ; sept opérations sur le même œil, 185.

R

RECTUM.—De l'utilité des galbules de cyprès dans les hémorrhoïdes asthéniques avec chute de la muqueuse rectale, 105.
RÉTRÉCISSEMENTS.—Rétrécissement causé par une injection d'ammoniaque, et traité par les bougies multiples et la boutonnière, 170.—De la boutonnière contre les—, 316.—(Voyez *Urinaires.*
RHUMATISME.—Trois cas de—nerveux atonique, 223.—De la décoction de feuilles de frêne contre le—et contre la goutte, 228.—Traitement du—articulaire aigu par l'iodure de potassium, la digitale, l'opium et le bicarbonate de soude combinés, 289.—Des articulations le plus souvent affectées par le—, 291.

S

SCARLATINE.—Des dangers de l'air froid dans la convalescence de la—, 165.—De l'emploi des affusions froides dans la—, 227.
SCIATIQUE.—Du calorique dans la—, 227.
SESTIER.—*Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, bibliogr., 188.
SINUS *maxillaire*.—Etude sur les tumeurs fongueuses du—, 339.
SIROP D'ORGEAT.—Falsification du—; moyen de la reconnaître, 309.
SOUFRE.—Du danger qu'il y aurait à administrer le soufre à l'état brun et visqueux, 109.
SUCRE *candi*.—(Voyez *Gastralgies.*)
SYPHILIS.—Sur un nouveau mode de traitement des ulcères vénériens primitifs, 105.—De la discussion sur la contagion des accidents secondaires de la—, 250.—(Voyez *Bertherand* et *Vidal.*)
SYPHILISATION.—La syphilisation à l'Académie de médecine, 116 et 119.—Bulletin de la syphilisation; essais des inoculations réitérées dans la morve et le farcin, 254.

T

TEIGNE.—Quelques réflexions sur le traitement de la—, et sur la cause qui a donné lieu à la propagation de cette maladie d'une manière inouïe jusqu'à ce jour, 142.
TÉTANOS partiel, suivi de mort en quarante-huit heures, avec contraction spéciale des muscles de l'abdomen, 110.
THYROÏDITE.—Observation de—aiguë, 225.
TRACHÉOTOMIE contre l'épilepsie, 315.
TUMEURS.—Nouveau mode opératoire pour l'ablation des— sous-cutanées mobiles, (procédé du nœud coulant), 42.

U

URÈTRE.—Sur la hernie de la muqueuse urétrale à l'entrée de la vulve, 357.
URINAIRES.—Sur le rapport du siége des infiltrations — avec le siége de la rupture urétrale, 172.
URINE.—Nouveau réactif pour le dosage de l'urée dans l'—, 40.
UTÉRUS.—Note sur les nerfs de l'utérus, 220.—Renversement de l'—à la suite d'un second accouchement, ligature et ablation de cet organe, 177.

V

VARICES.—Nouveau traitement des—, 49.
VARIÉTÉS.—Anecdotes sur l'ignorance de quelques praticiens, 191.—Trait de caractère de Barthez, 192.—Visite de S. M. l'Empereur à l'Hôtel-Dieu, 379.—Démission de M. Marchal de Calvi, 380.
VIDAL —*Traités des maladies vénériennes*, bibliogr., 380.

FIN DU DOUZIÈME VOLUME.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Paris, impr. de Paul Dupont, rue Grenelle-Saint-Honoré, 45.